Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 12. 25. März. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 37. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicin. Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in Zürich.

Beiträge zur hysterischen Stummheit.

Von Dr. med. *Gottfried Leuch*, Secundararzt der medicin. Klinik in Zürich.

Wenn auch schon früher Fälle von hysterischer Stummheit beschrieben worden sind, so gebührt doch Charcot[1]) und seinen Schülern Cartaz[2]) und Gilles de la Tourette[1]) das Verdienst, sie gewissermaassen als eigenes, wohlcharakterisirtes Krankheitsbild aufgestellt zu haben.

Charcot entwirft in grossen Zügen folgendes Bild von der Krankheit:

Der Mutismus hystericus setzt gewöhnlich plötzlich ein, häufig nach psychischer Erregung, so beispielsweise nach einem grossen Schrecken; aber auch am Ende eines hysterischen Anfalles oder im Verlaufe einer hysterischen Aphonie oder auch nur einer einfachen Laryngitis kann er hie und da eintreten. Seine Dauer varirt sehr stark: von einigen Stunden bis zu einigen Jahren; die Heilung hält Charcot in jedem Falle für sicher, doch sollen Recidive sich sehr häufig einstellen. Meist ist die Heilung wie die Erkrankung eine plötzliche, immerhin kommt es aber auch vor, dass die Kranken vor dem Wiedergewinn der Sprache während einiger Zeit nur mit Flüsterstimme sich ihrer Umgebung verständlich machen können, oder dass sie beim Aussprechen eines Wortes häufig die eine oder andere Silbe desselben wiederholen.

Ausser der Stummheit bieten die Kranken gewöhnlich auch das Bild der absoluten Aphonie dar, d. h., sie sind nicht im Stande, auch nur den leisesten Kehlkopflaut von sich zu geben im Gegensatz zu den Taubstummen, die selbst den lautesten Schrei auszustossen vermögen. Hysterische Stummheit bezeichnet demnach ein Stummsein im vollsten Sinne des Wortes.

Die Bewegungen der Lippen und der Zunge haben die Patienten vollständig in ihrer Gewalt, diese Organe können sie mit Leichtigkeit nach allen Richtungen hin frei bewegen, so dass sie auch zu pfeifen und zu blasen vermögen. Dagegen sind sie ausser Stande, ein Wort zu articuliren, auch mit leiser oder flüsternder Stimme nicht. Aber was noch weit mehr ist: Sie vermögen trotz des besten Willens und der grössten Anstrengung nicht die Bewegungen der Articulation, welche man ihnen vormacht, nachzuahmen. Die Kranken sind nicht im Stande, wie Charcot sich ausdrückt, den Articulationsmechanismus spielen zu lassen, sie sind motorisch aphatisch, aber auch nur rein motorisch aphatisch.

Ein anderes Hauptcharakteristicum ist die vollständig erhaltene Intelligenz der Patienten. Lässt man mit einem solchen Kranken sich in eine Unterhaltung ein, so versucht er nie, seiner Sprachunfähigkeit sich bewusst, ein Wort auszusprechen; er weiss, dass ein jeder derartiger Versuch doch unfehlbar fehlschlagen würde. Dagegen greift er rasch zur Feder, um seine Gedanken und Antworten je nach seinem Bildungsgrade mehr oder weniger orthographisch und stilistisch richtig zum Ausdruck zu bringen. Auf dieses einzige Symptom hin schon darf wie Charcot angiebt, mit grosser Sicherheit die Diagnose »hysterischer Mutismus« gewagt werden.

Auch dass die Kranken, nach dem Grunde ihrer Stummheit gefragt, mit der Hand nach dem Kehlkopf als den Sitz des Uebels zeigen, kommt sehr häufig vor.

Ausser diesen Hauptkennzeichen kommen bei dem hysterischen Mutismus gewöhnlich auch noch andere Erscheinungen vor, die auf Hysterie schliessen lassen, so vor Allem Anaesthesie des Pharynx, dann Einengung des Gesichtsfeldes und einfache oder doppelte Hemianaesthesie.

Bei den folgenden, der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Eichhorst entstammenden drei Fällen, deren Krankengeschichten wir hier etwas ausführlich mittheilen, wollen wir nun sehen, wie weit sie mit dem von Charcot aufgestellten Krankheitsbilde harmoniren:

Beobachtung I. B. W., 19jähriges Mädchen, aufgenommen am 8. Mai 1889 (Hystero-Epilepsie, Hemihypaesthesia dextra, Genioglossuslähmung rechts mit hysterischer Stummheit).

Anamnese: Nervöse Beanlagung ist in der Familie nicht zu eruiren. Im Alter von 6 Jahren machte die Patientin Scharlach mit acuter Nephritis durch, seitdem soll sie immer gekränkelt und sich mehr und mehr von ihren Gespielinnen zurückgezogen haben. Im 9. Lebensjahre soll sie an Blutbrechen gelitten haben, so dass ein damals ausgestelltes ärztliches Zeugniss zur Folge hatte, dass sie bloss zum facultativen Schulbesuche verpflichtet war. Dieses Blutbrechen trat zum letzten Mal ein im Dezember 1887.

Zu dieser Zeit wurde die Patientin plötzlich von Krampfanfällen befallen, die sie zu Boden schleuderten, wenn dieselben sie ausser Bett überraschten. Diese Anfälle bestanden in Zuckungen des ganzen Körpers oder auch nur der Extremitäten allein; die Patientin zerkratzte sich selber das Gesicht, wurde ganz bleich und recitirte bei weitgeöffneten Augen mit starrem Blicke Lieder und Gedichte. Auf Kneifen und Stechen reagirte sie nicht mehr. Diese Krampfanfälle traten namentlich dann ein, wenn die Patientin aufgeregt wurde, oder — »wenn viele Personen im Zimmer anwesend waren.« Während im Laufe der ersten drei Wochen die Anfälle sich tagtäglich eingestellt hatten, traten später freie Intervalle von 3—4—6—8 Tagen ein, während derer sich die Patientin ganz gesund fühlte. So ging's bis zum März 1888.

Zu dieser Zeit wurde die Patientin von einem »Schlaganfall« betroffen, der folgenden Grund hatte: Ob eines heftigen Donnerschlages erschrack die Patientin in hohem Grade, fühlte einen Schlag auf die rechte Seite des Kopfes und war dann plötzlich auf der ganzen rechten Körperseite gelähmt und vollständig gefühllos. Auch die Sprache hatte ihr der »Schlaganfall«, während dessen sie angeblich bewusstlos war, geraubt. 4 Tage nach dem ersten erlitt die Patientin einen zweiten Schlag; dieser gab ihr Gefühl und Beweglichkeit der rechten Körperseite zurück, nicht aber die Sprache. Diese kam erst 6 Wochen später nach einem Krampfanfall.

Im Juni 1888 wurde die Patientin wieder »vom Schlage gerührt«; abermals verlor sie die Sprache, konnte den Mund nicht mehr weit öffnen und die Zunge nicht mehr vorstrecken. Ein weiterer Schlaganfall gab einige Tage später der Kranken die Sprache und die Beweglichkeit der Zunge wieder zurück. Bis zum 23. Dezember 1888 erfreute sie sich vollständiger Gesundheit, aber am Abend dieses Tages wurde sie von einem vierten »Schlaganfall« getroffen, der ihr wiederum die Sprache und die Sensibilität der rechten Körperhälfte raubte, ohne dagegen die Beweglichkeit der einen oder andern Körperseite zu beeinträchtigen. Allen ärztlichen und nicht ärztlichen Mitteln trotzte diese abermalige Stummheit, so dass die Angehörigen sich entschlossen, die Kranke, die übrigens seit dem 13. Jahre unregelmässig menstruirt ist, in's Krankenhaus aufnehmen zu lassen.

Status praesens vom 9. V.: Die Kranke, die mittelgross, kräftig und von gesundem Aussehen ist, hat seit ihrer Aufnahme noch kein

[1]) Charcot, Progrès medical, 1886, Nr. 46.
[2]) Cartaz, du mutisme hystérique, Progrès medical, 1886.

Wort gesprochen und spricht auch jetzt nichts. Nach dem Grunde gefragt, greift sie mit ihrer rechten Hand an den Kehlkopf. Aufgefordert, ihre subjectiven Beschwerden dem untersuchenden Arzt zu sagen, notirt sie rasch auf einem mitgebrachten Täfelchen mit sehr schöner Schrift: »Magenweh und Sprachlosigkeit.« Auf das Geheiss, die Zunge herauszustrecken, notirt die Patientin: »Ich kann sie nicht bewegen.« Beim Versuch, der Aufforderung nachzukommen, bleibt die Zunge völlig unbeweglich in der Mundhöhle liegen. Berührungen des Pharynx mit einem Spatel werden nicht gefühlt. Beim Oeffnen des Mundes kann die Kranke den Unterkiefer nicht mehr als 2 cm weit nach unten bewegen; schlucken kann sie gut, ist auch im Stande zu pfeifen und zu blasen. Der Aufforderung, das Wort »neunzig« auszusprechen oder sonst irgend einen Laut von sich zu geben, kann sie trotz aller Versuche und Anstrengungen ihrerseits nicht nachkommen.

Am Schädel sind Difformitäten nicht nachzuweisen; Gehörs-, Seh-, Geschmacks- und Geruchsvermögen sind nicht alterirt. Auf der behaarten Kopfhaut, der Ohrmuschel, der Stirn, der Nase, der Lippen, am Kinn und am Halse fühlt die Patientin rechterseits leichte Berührungen mit der Nadelspitze nicht, wohl aber tiefere Stiche, doch lösen diese keine Schmerzempfindung aus. Die Reactionszeit ist nicht verlängert und der Temperatur- und Localsinn vollständig erhalten. Linkerseits besteht vollkommen intacte Sensibilität.

An den Armen sind nirgends Lähmungen oder Paresen. Rechts empfindet Patientin erst tiefe Stiche mit der Nadel; diese kann 2 cm tief eingestossen werden, ohne Schmerzen zu verursachen. Temperatur-, Zeit-, Orts- und Muskelsinn sind beiderseits unverändert erhalten. Es wird der Patientin befohlen, die Augen zu schliessen; hernach wird ihr in die rechte Hand ein Schlüssel gelegt, aber vor dem Oeffnen der Augen wieder weggenommen. Die Kranke soll nun angeben, was sie in der Hand gehabt hat; rasch notirt sie auf das Täfelchen: »Schlüssel«. Auch andere Gegenstände kennt sie mit der Hand bei geschlossenen Augen, so ein Taschenmesser, ein Trinkglas u. s. w.

Auf der rechten Seite des Rumpfes finden sich dieselben sensiblen Störungen wie am rechten Arm; vorne und hinten fällt die Trennungslinie beider Zonen genau mit der Medianlinie zusammen.

Auch am rechten Bein bestehen die gleichen Sensibilitätsverhältnisse wie am rechten Arm. Die Haut- und Sehnenreflexe sind rechts wie links in gleicher Weise vorhanden. Beim Gehen hinkt die Patientin etwas; das Körpergewicht wird dabei auf die linke, die betreffs Sensibilität gesunde Seite verlegt.

Die inneren Organe sind vollständig intact; dagegen ist Druck von den Bauchdecken her auf die Ovarien sehr schmerzhaft. Sämmtliche innern Organe sind unverändert.

Krankengeschichte. 10. V. Die Patientin bekam gestern Abend plötzlich ohne irgendwelche Mahnerscheinungen klonische Zuckungen der Arme und Beine, sowie der Rückenmusculatur, so dass der ganze Körper in die Höhe geschnellt wurde. Die Athmung war schlucksend. Druck auf die Ovarien von den Bauchdecken her löste sofort neue Zuckungen in erhöhtem Grade aus. Die Augen hielt die Patientin geschlossen und setzte dem passiven Oeffnen der Lider leichten Widerstand entgegen. Eine Stecknadel wurde bis zum Knopf (3 cm tief) in den rechten Oberschenkel eingestochen, ohne dass die Kranke hierauf reagirte. Auch am linken Oberschenkel war bei derselben Manipulation keine Reaction zu constatiren. Im Ganzen dauerte der Anfall 30 Minuten.

11. V. Gestern hatte die Patientin wieder einen analogen Anfall wie vorgestern. Die laryngoskopische Untersuchung, die an der Patientin sehr leicht ausgeführt werden kann, ergibt vollkommen normale Verhältnisse des Kehlkopfes: Nirgends Lähmungen von Muskeln, nirgends Schwellung oder Röthung.

15. V. Heute kann die Patientin den Mund weit öffnen; auf der linken Zungenhälfte fühlt sie besser als auf der rechten.

22. V. Auf das Täfelchen schreibt heute die Patientin: »ich kann die Zunge ein wenig bewegen.« Nach vorne aber kann sie diese nicht bringen, sondern nur etwas nach der rechten Seite und zwar so, dass der rechte Zungenrand nach unten, der linke nach oben umgekrempelt wird.

28. V. Patientin hatte heute wieder einen ähnlichen Anfall wie am 9. und 10.; Dauer eine Stunde.

29. V. Gestern Abend wurde die Kranke zum 1. Male hypnotisirt; die Hypnose gelang sehr leicht. Während des hypnotischen Schlafes tritt wieder ein Krampfanfall von 1/4stündiger Dauer ein.

5. VII. Beide Tonsillen sind stark geröthet und geschwellt; doch hat die Patientin keine Schmerzen, auch beim Schlucken nicht.

26. VII. Die Patientin wird von heute an jeden Abend hypnotisirt und ihr zugeredet, dass, sobald der Arzt bei der Morgenvisite an ihr Bett trete, sie zu ihm laut und vernehmlich die Worte »Papa« und »Mamma« sagen müsse.

27. VII. Es wurde gestern bei der Patientin eine Gesichtsfeldbestimmung gemacht; diese ergab vollkommen normale Verhältnisse. Der das Gesichtsfeld aufnehmende, dazumalige Assistent der ophthalmologischen Klinik, Herr Dr. Pfister, sagte selbst, er hätte noch nie binnen so kurzer Zeit und so mühelos eine Gesichtsfeldbestimmung machen können, wie bei unserer vollkommen stummen, aber sehr intelligenten Patientin, die auf alle Fragen prompt schriftlich antwortete.

Die Hypnose gelang gestern sehr leicht. Heute Morgen spricht die Patientin mit lauter Stimme das Wort »gut«. Sie wird aufgefordert, auch noch »Papa« zu sagen. Beim Versuch, der Aufforderung nachzukommen, öffnet sie nur den Mund, bringt aber keinen einzigen Laut heraus, trotz des guten Willen und aller ersichtlichen Anstrengungen.

1. VIII. Die Patientin spricht heute mit vollkommen lauter Stimme ausser dem Worte »gut« auch noch »Papa« und »Mamma«.

2. VIII. Zu den drei Worten, die die Patientin aussprechen kann, sind heute früh folgende hinzugekommen: »Tante, danke, Weh, Tag Anna, Babette, Baden, Nüni.«

3. VIII. Heute spricht Patientin auch die Worte: »Hand, Emma, Heft, »gang aber« Thee.«.

4. VIII. Patientin hat zu den alten wieder 15 weitere Worte gefügt; doch ist kein einziges unter diesen, in dem der Vocal »i« vorkommt.

5. VIII. Seit gestern Abend ist die Patientin wieder im Vollbesitz ihrer Sprache. Sie las den Mitkranken vor, um zu zeigen, was sie könne; was sie nicht hatte aussprechen können, wurde übersprungen. Von Satz zu Satz musste immer weniger weggelassen werden, so dass die Kranke schon nach Verlauf von knapp 1/4 Stunde laut, verständlich und ohne anzustossen vorlesen konnte.

9. VIII. Die Patientin wird heute vollständig geheilt von ihrer Stummheit entlassen. Auf der rechten Körperseite besteht mit Ausnahme des Gesichtes immer noch vollständige Analgesie und Hypaesthesie gegenüber links. Druck von den Bauchdecken her auf die Ovarien ist sehr empfindlich. Die Lähmung des Musc. genioglossus dexter ist noch unverändert da, beim Versuche die Zunge vorzustrecken. Die Pharynxanaesthesie besteht nicht mehr.

Am 14. VIII. wird die Kranke wieder aufgenommen mit folgendem Befund: Stummheit, Lähmung des rechten musc, geniogloss. beim Versuch die Zunge vorzustrecken, Pharynxanaesthesie dagegen im Gegensatze zur ersten Aufnahme mit Analgesie und Hypaesthesie der linken Körperhälfte.

Am 26. IX. ist die erste Besserung zu constatiren, indem die Patientin im Stande ist, die Zunge weit und ohne Mühe herauszustrecken. Die rechtsseitige Genioglossus-Lähmung ist vollkommen verschwunden.

28. IX. Patientin spricht heute die Worte: »Papa, Mamma. Anna« ganz deutlich und laut ohne anzustossen.

29. IX. Es haben sich ferner wieder eingestellt die Worte: »Tante, Babette, ja, nein.« Bemerkenswerth ist, wie die Patientin beim Vorsprechen von andern Worten eigenthümlich sucht, dann auch die Lippen bewegt und, wenn sie die Worte nicht aussprechen kann, aufseufzt.

An den folgenden Tagen dehnt sich das Sprachvermögen rasch weiter aus, so dass die Patientin am 7. X. im Vollbesitze ihrer Sprache geheilt entlassen werden kann. Auch die linkssseitige Analgesie, Hypaesthesie und die Pharynxanaesthesie sind vollkommen verschwunden.

Diese Attaque von Stummheit hatte die Patientin Nachts im Bette überfallen. Wie sie mitten in der Nacht aufwachte, konnte sie nicht mehr reden.

Beobachtung II. A. B., 12jähriges Mädchen, aufgenommen am 23. April 1889. (Hysterische Stummheit bei Chorea).

Anamnese: Die Kranke, die im Alter von 3 Jahren Masern durchmachte, ist hereditär nicht belastet. Vor 8 Tagen bemerkte die Mutter zum 1. Mal an ihr läppischunartige, unmotivirte Bewegungen. Als Grund der Erkrankung wird angegeben, dass die kleine Patientin sehr stark erschrocken sei, als sie ihren Vater durch einen Unglücksfall sterben sah.

Status präsens: Für sein Alter gut entwickeltes Mädchen mit ausgesprochener Chorea St. Viti, so dass sie in Folge der Coordinations-Störungen kaum im Stande ist, selbst die Speisen zum Munde zu führen. Die Patientin weint häufig ganz unmotivirt. — Die inneren Organe bieten nichts Auffälliges dar.

Verlauf: Am Morgen des 25. V. ist die Patientin nicht im Stande, die Zunge herauszustrecken, auch kann sie kein Wort mehr sprechen, weder mit lauter, noch mit Flüsterstimme; dagegen kann sie noch pfeifen und blasen. Lähmungen oder sensible Störungen sind nirgends zu constatiren, auch der Pharynx ist nicht anaesthetisch, an den Stimmbändern nichts Auffälliges. Diese völlige Stummheit hält bis zum 18. VIII. an. Die choreatischen Bewegungen sind während dieser Zeit viel geringer; frägt man die Patientin, warum sie kein Wort spreche, so deutet sie mit ihrer Hand rasch an den Hals, als den Sitz des Uebels. Mit den Mitkranken verständigt sie sich entweder schriftlich oder durch Geberden.

Am 31. VII. ist die Patientin wieder im Stande, die Zunge herauszustrecken; am Mittag des 18. VIII, beginnt sie plötzlich ohne alle Veranlassung zu reden, aber nicht mit lauter, sondern nur mit flüsternder Stimme. Alle vorgesprochenen Worte kann sie nachflüstern. 6 Tage später, am 24. VIII. ist in der Krankengeschichte notirt, dass die choreatischen Bewegungen wieder viel stärker geworden seien. Vom 2. IX. an ist die Patientin nicht mehr völlig aphonisch, sondern sie ist bereits im Stande, mit heiserer Stimme zu reden, doch klingt die Stimme sehr eintönig. Auch jetzt ist im Larynx nichts Krankhaftes zu constatiren. Einige Tage nachher fällt auf, dass die choreatischen Bewegungen wieder bedeutend stärker werden. Von Tag zu Tag wird die Stimme nun successive lauter, so dass sie am 19. IX. wieder vollständig normal zu nennen ist.

Bis zum 26. IX. hält dieser Zustand an, dann aber tritt wieder vollständige Aphonie ein und spricht die Patientin nur noch mit Flüsterstimme. Einzig ihren Namen kann sie auf energisches Zureden hin laut aber mit stark heiserer Stimme und nur langsam, doch ohne Stottern aussprechen. Nach 3 Tagen verschwindet diese Aphonie wieder vollständig, ebenso die Heiserkeit, nachdem der Patientin tüchtig zugeredet worden war.

Am 14. XII. tritt eine drittmalige Aphonie ein, die bis zum 24. XII.

anhält, dann aber auf gutes Zureden hin wieder verschwindet. Auch dieses Mal konnte im Kehlkopf nichts Pathologisches beobachtet werden.

Am 11. II. 90 wird die Kranke, die noch hie und da choreatische Bewegungen macht, wenn sie sich beobachtet sieht, entlassen. Weder an der Stimme, noch an der Sprache ist etwas Auffälliges zu hören.

Beobachtung III. Frau S. S., 54 Jahre alt, aufgenommen am 16. September 1889. (Hysterischer clonischer Kaumuskelkrampf, hysterische Stummheit.)

Anamnese: Erbliche Belastung ist nicht zu constatiren; Kinderkrankheiten will Patientin durchgemacht haben, doch weiss sie nicht mehr welche. Vor ungefähr 10 Jahren wurde sie schwermüthig, sodass ihre Verbringung in eine Irrenheilanstalt, aus der sie nach 4 Jahren geheilt entlassen wurde, nothwendig war.

An der jetzigen Krankheit leidet die Patientin schon seit 3 Jahren, seit welcher Zeit auch die Menses ausgeblieben sein sollen.

Status praesens: Die Kranke ist von guter Ernährung und zeigt einen ruhigen Gesichtsausdruck, der nichts Auffälliges darbietet. Während der Untersuchung treten plötzlich clonische Krämpfe der Masseteren ein, so dass der Unterkiefer rhythmisch auf- und abwärts bewegt wird und so kauende Bewegungen ausführt. Die Zunge bleibt vollständig ruhig; die Augen werden geschlossen gehalten. Der ganze Anfall dauert etwa 1 Minute. Druck mit dem Finger auf den Nerv. mandibul. sinist. ist etwas schmerzhaft und löst jedesmal wieder einen neuen Krampfanfall mit rhythmischen Kaubewegungen des Unterkiefers aus. Als subjective Beschwerde gibtdie Kranke diese Krampfanfälle, die namentlich des Morgens und Abends häufiger werden sollen, an. An der Sprache lässt sich in der anfallsfreien Zeit nichts Auffälliges wahrnehmen, während der Anfälle dagegen spricht Patientin fast ganz unverständlich, da die Articulation durch die fortwährenden Bewegungen des Unterkiefers stark gestört ist. — Die inneren Organe sind intact.

Krankengeschichte: Nachdem die Anfälle anfänglich an Zahl abgenommen hatten, die Stimme dagegen fast ganz aphonisch geworden war, wurden sie wieder viel häufiger, so dass die Kranke während derselben nicht nur im Reden, sondern auch beim Essen sehr stark gestört wurde. — Vom 8. X. an ist sie dann ganz stumm und kann auch auch nicht einmal mehr mit Flüsterstimme sprechen, dagegen ist sie im Stande, zu pfeifen und zu blasen. Wird sie nach dem Grunde ihrer Stummheit gefragt, so zeigt sie auf den Hals; mit der Wärterin und den Mitkranken verkehrt sie nur durch Geberden, nie schriftlich. Die immer noch anfallsweise auftretenden clonischen Bewegungen des Unterkiefers schliessen plötzlich durch Singultus ab; jeder Anfall dauert etwa 1 Minute, die zwischenliegenden freien Pausen haben eine etwas längere Dauer. Anaesthesie des Pharynx besteht nicht, auch die Stimmbänder functioniren gut beim Versuch zu phoniren.

Am 11. X. gibt die Wärterin an, dass die Patientin am Morgen beim Aufstehen plötzlich zu Boden gestürzt sei. Bei der Arztvisite wiederholt sie dann dieses Manöver; zuerst fällt sie geschickt auf den Bettrand, stützt sich an diesem und fällt von hier aus ganz allmälig und sanft zu Boden; zu gleicher Zeit stellen sich auch wieder die rhythmischen Kaubewegungen ein. Nach Beendigung des eine halbe Minute dauernden Anfalles steht sie von selbst wieder auf.

Am 13. X. antwortete die Patientin bei der Visite auf die Frage, wie es ihr gehe, deutlich, aber vollkommen aphonisch mit »gut«.

Am andern Tage ist die Sprache wieder zurückgekehrt, doch bereitet das Sprechen der Kranken noch sichtlich Mühe. Der Wiedereintritt der Sprache war folgendermassen vor sich gegangen: In der Nacht hatte die Patientin schreckenerregende Sachen geträumt und dann plötzlich in der Angst »Mutter« gerufen und zwar mit so lauter Stimme, dass einige der Mitpatientinnen davon erwachten. Seit diesem Augenblicke kann sie wieder Alles mit lauter Stimme sprechen, ohne Stottern und ohne Heiserkeit. Auch die Anfälle von rhythmischen Kaubewegungen werden von da an von Tag zu Tag seltener.

Am 29. X. wird die Patientin auf ihren Wunsch entlassen; sie macht indessen immer noch clonische Bewegungen mit dem Unterkiefer, die sie jedoch in der Gewalt hat, da sie dieselben auf Zureden hin unterdrücken kann. Die Stimme und Sprache sind vollständig normal geblieben.

Erwähnung verdient an diesen Beobachtungen die Thatsache dass alle 3 Patientinnen mehr oder weniger lange Zeit neben einander auf der Abtheilung gelegen haben. Deshalb ist jedenfalls die Annahme eine sehr naheliegende, dass hier vielleicht der Nachahmungstrieb seine Hand im Spiele gehabt hat; denn 3 Fälle hysterischer Stummheit zu gleicher Zeit auf einer klinischen Abtheilung, das ist bei der relativen Seltenheit der Krankheit geradezu ein Unicum zu nennen.

Die zweite Patientin war am 23. April aufgenommen worden und zeigte bis zum 25. Mai absolut keine Zeichen der Hysterie. In der Zwischenzeit, am 8. Mai, wird die erste Kranke mit ihrem exquisiten hysterischen Mutismus auf die Abtheilung aufgenommen. Dazu muss nun noch bemerkt werden, dass, wenn die Patientinnen auch nicht in einem und demselben Krankensaale mit einander lagen, sie doch während einer geraumen Zeit des Tages frei mit einander verkehren konnten. Deswegen ist es nun sehr wohl denkbar, dass die zweite Patientin ihre Krankheit der ersten geradezu — abgeguckt hat. — In ähnlicher Weise gestaltet sich laut Krankengeschichten das Verhältniss zwischen erster und dritter Patientin; dagegen war während des Aufenthaltes der Patientin der dritten Beobachtung die Sprache der zweiten Kranken vollständig normal.

Wenn wir ferner noch bedenken, dass während des ganzen Spitalaufenthaltes unserer 3 Patientinnen höchstens noch 3 Kranke mit Hysterie auf der Abtheilung gelegen haben, so wird es uns gewiss Niemand verargen, wenn wir geneigt sind, auf Grund unserer Fälle von einem endemischen Auftreten der hysterischen Stummheit zu sprechen.

Hirt[3]) schreibt über die Ursachen der Hysterie: »In der Mehrzahl der Fälle sind es Störungen des seelischen Gleichgewichtes, welche die Veranlassung zu der Krankheit darbieten. Die Elemente des Gesammtnervensystems, des Hirns, des Rückenmarks und auch der peripheren Nerven sind in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit«, oder mit anderen Worten: Sie sind in einem Zustande verminderter Widerstandskraft. Hiefür bietet die zweite Beobachtung ein treffliches Beispiel: Die Hysterie resp. der Mutismus hystericus entwickelt sich hier bei einer Patientin mit ausgesprochener Chorea St. viti, bei einer Patientin, die häufig und unmotivirt weint: Zeichen eines kranken, wenig widerstandsfähigen Nervensystems. — Auch bei der dritten Beobachtung ist die erhöhte Erregbarkeit der nervösen Elemente vollkommen genügend durch die vorausgegangene Psychopathie erklärt. — Aehnlich verhält es sich mit der ersten Kranken. Allem Anscheine nach legten hier Erziehungsfehler den Grund zur Hysterie. Als Kind war die Patientin nur zu facultativem Schulbesuche verpflichtet; wie uns die Eltern auch mittheilten, waren sie dem Kinde gegenüber oft nur allzu nachgiebig; es wurde ungezogen, auch seinen Gespielinnen gegenüber, so dass es sich schliesslich von denselben zurückzog. Sicherlich können alle diese Erscheinungen auch nicht anders denn als Ausfluss einer erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems gedeutet werden. — Hereditäre Belastung konnten wir in keinem unserer Fälle nachweisen.

Die erste Beobachtung ist sehr gut geeignet, uns so recht deutlich den plötzlichen Anfang der Krankheit zu zeigen: Ein hysterisches Individuum, das in Folge eines heftigen Donnerschlages so erschrickt, dass es in einen hystero-epileptischen Anfall verfällt, nach dessen Verschwinden es seiner Sprache total beraubt ist. Die zweite Beobachtung ist etwas weniger rein: Während die Patientin am Abend noch vollständig normale Stimme und Sprache besitzt, ist sie am folgenden Morgen völlig stumm; ob hier die Stummheit auch so rasch eingetreten ist wie im ersten Fall, lässt sich nicht sicher nachweisen, sondern nur vermuthen. Die dritte Patientin endlich ist ein Beispiel dafür, wie hysterische Stummheit sich im Verlaufe einer hysterischen Aphonie entwickelte.

Auffallend ist an der Patientin der 2. Beobachtung das Zusammentreffen von Chorea und hysterischer Stummheit. War nun wohl die letztere bedingt durch die erstere? Nach dem, was wir oben ausgeführt haben, glauben wir diese Frage bis zu einem gewissen Grade bestimmt verneinen zu können. Allerdings war wahrscheinlich die Chorea das prädisponirende Moment für den Mutismus dadurch, dass durch sie eine erhöhte Erregbarkeit des Gesammtnervensystems gesetzt wurde. Dagegen glauben wir hier die directe Ursache darin suchen zu müssen, dass die zweite Patientin, deren Nervensystem durch die Chorea bereits stark alterirt war, gleichsam von der Patientin der 1. Beobachtung mit Mutismus — »inficirt« worden ist. Mit andern Worten: Die Chorea war hier indirecte, das Zusammensein mit der hysterisch-stummen Patientin Nr. I die directe Ursache des Mutismus.

Auch Cartaz theilt einen Fall mit, in dem sich hysterische Stummheit im Anschluss an Chorea entwickelte. Doch scheint hier die erstere wirklich durch die letztere bedingt gewesen zu sein, da ein ähnlicher Zusammenhang wie in unserem Falle nicht existirte.

Dass die Dauer der hysterischen Stummheit innerhalb weiter

[3]) Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. Wien und Leipzig, 1890.

Grenzen schwankt, zeigen auch unsere Fälle; ferner zeigt namentlich Beobachtung Nr. I die Häufigkeit der Recidive: Binnen $1^1/_2$ Jahr 4 Attaquen von Mutismus.

Was den Wiedereintritt der lauten Stimme betrifft, so war derselbe in unseren Fällen bald ein plötzlicher, bald ein allmählicher. Die Kranke der 1. Beobachtung verlor laut Anamnese vor ihrem Eintritte in's Krankenhaus 2 mal die Sprache, gewann diese aber mehr weniger lange Zeit nachher jedes Mal wieder in Folge hystero-epileptischer Anfälle. Bei den 2 folgenden Attaquen dagegen kehrte die Sprache nur allmählich zurück: zuerst 1 Wort, am folgenden Tag kamen zu dem einen zwei weitere hinzu, dann jeden Tag wieder mehr und mehr neue, so dass sie endlich nach Verlauf von 5 resp. 9 Tagen ihr normales früheres Sprachvermögen wieder besitzt.

Etwas verschieden hievon gestaltet sich der Wiedergewinn der Sprache bei der zweiten Patientin. Nach fast 3 monatlichem Stummsein beginnt sie plötzlich ohne äussere Veranlassung zu sprechen, aber nicht wie die erste Kranke, mit lauter, sondern nur mit flüsternder Stimme. Es hat sich aus dem Mutismus eine Aphonie entwickelt, die zuerst in eine laute aber heisere Stimme übergeht; erst etwa 1 Monat später ist die Stimme so beschaffen, dass sie als normal taxirt werden kann.

Von schrecklichen Träumen gequält, so dass sie in ihrer Angst laut »Mutter« ruft, so gewinnt unsere dritte Patientin die Sprache wieder. Es liegt uns noch eine Beobachtung vor, in der der Wiedereintritt der Sprache in folgender Weise vor sich ging: Der Kranke träumte, dass vor seinen Augen ein Mensch in's Wasser gefallen sei, so dass er in seiner Angst mit lauter Stimme »man the river« ruft. Von diesem Augenblick an besass er wie auch unsere Patientin wieder seine frühere normale Stimme und Sprache.

Wenn Charcot in jedem Fall hysterischer Stummheit die Heilung für sicher hält, so können wir ihm auf Grund unserer 3 Beobachtungen nur beistimmen, da wir bei jeder Patientin und bei jeder Attaque vollständige Heilung constatiren konnten.

Einen sehr hübschen Beweis der vollständig erhaltenen Intelligenz der hysterisch Stummen bietet unsere Patientin Nr. 1: Trotz ihrer vollständigen Stummheit, nur auf Grund schriftlicher Antworten konnte an ihr rasch und mühelos wie nur selten die Gesichtsfeldbestimmung gemacht werden. Auch an unseren beiden anderen Kranken war eine Abnahme der Intelligenz nicht zu finden.

Dass bei Kranken mit hysterischer Stummheit auch noch anderweitige Erscheinungen vorkommen, die auf Hysterie schliessen lassen, ist sehr naheliegend. Allerdings tritt uns die von Charcot so sehr hervorgehobene Anästhesie des Pharynx nur in der ersten Beobachtung entgegen, hier aber sowohl bei der ersten wie bei der zweiten Attaque von Stummheit. Die beiden anderen Kranken, mehrmals auf Gefühllosigkeit des Pharynx untersucht, zeigten dieselbe niemals; auch sensible Störungen an den übrigen Theilen des Körpers boten sie nie dar.

Die erste Kranke dagegen zeigte bei der erstmaligen Aufnahme in's Krankenhaus ausgesprochene Hypaesthesie und Analgesie rechterseits; bei der zweiten Aufnahme fanden sich an ihr dieselben Sensibilitätsstörungen, aber nicht mehr rechts, sondern linkerseits. Die jedesmalige Genioglossus-Lähmung beim Versuch, die Zunge vorzustrecken, glauben wir ebenfalls nicht anders denn als Ausfluss der Hysterie deuten zu sollen, ebenso die rhythmischen Kaubewegungen des Unterkiefers bei der dritten Patientin und die Unbeweglichkeit der Zunge bei der zweiten Kranken.

Diese relativ häufigen Störungen in der Beweglichkeit der Zunge, beim Versuch dieselbe vorzustrecken, sind auffällig und möchten wir, wenn Charcot schreibt, dass die Beweglichkeit der Zunge nach allen Richtungen hin immer vollständig gut erhalten sei, hinter das »immer« doch ein Fragezeichen setzen. Jedenfalls war aber in keinem unserer beiden einschlagenden Fälle die Unbeweglichkeit der Zunge eine totale, denn beide Patientinnen konnten noch pfeifen, wobei die Zunge doch immer noch etwas bewegt werden muss. — Die Beweglichkeit der Lippen dagegen war auch in allen unseren Fällen vollkommen erhalten.

Wie schon Charcot und seinen Schülern Cartaz und Gilles de la Tourette ist auch uns aufgefallen, dass die Kranken, nach dem Grunde ihrer Stummheit gefragt, nach dem Halse greifen, als nach dem Sitze ihres Uebels.

Aus dem bis jetzt Angeführten ist ersichtlich, dass unsere Beobachtungen in der Hauptsache mit dem von Charcot aufgestellten Krankheitsbilde übereinstimmen; nur in wenigen Punkten weichen sie ab, nämlich betreffs Pharynxanästhesie und Zungenbeweglichkeit. Wir glauben, dass die Gefühllosigkeit des Pharynx nicht allzusehr betont werden darf und dass die Bewegungen der Zunge denn doch nicht »immer« nach allen Richtungen hin frei sind.

Gehen wir zum Schluss noch mit wenigen Worten auf das Wesen der hysterischen Stummheit ein, so finden wir, dass sich hier 2 Hauptansichten gegenüberstehen; die eine von Charcot und Cartaz, die andere von Revilliod aufgestellt und verfochten. Dieser erklärt die hysterische Stummheit durch Lähmung des Nerv. laryngeus superior, erstere dagegen halten sie für centraler, psychischer Natur.

Revilliod wie Cartaz suchen ihre differenten Ansichten durch einen und denselben Krankheitsfall zu stützen; der erstere hat den Patienten in Genf, der letztere in Paris gesehen, beide Male war der Kranke völlig stumm und aphonisch. Bei der laryngoskopischen Untersuchung constatirte Revilliod eine Lähmung der Musc. crico-thyreoidei und ein vollständiges Intactsein der übrigen Kehlkopfmuskeln. Cartaz dagegen fand ausser der Lähmung der Musc. crico-thyreoidei auch noch eine Paralyse der Musc. thyreo-arytenoidei. Revilliod meint nun, dass durch die von ihm constatirte Lähmung der Stimmbandspanner, der Musc. crico-thyreoid. der Mutismus erklärt sei, Cartaz dagegen widerlegt diese Ansicht. Denn bei einer einfachen Lähmung der Stimmbandspanner muss der Kranke immer noch flüstern können, nur mit lauter Stimme zu sprechen ist er nicht im Stande, da hiebei die Stimmbänder vibriren müssen. Wenn diese aber durch die Lähmung der Musc. crico-thyreoidei nicht genügend gespannt sind, so können sie auch nicht vibriren und ist in Folge dessen das Sprechen mit lauter Stimme unmöglich. Bei der Flüsterstimme dagegen vibriren die Stimmbänder bekanntlich nicht, darum müssen auch Patienten mit Lähmung der Musc. crico-thyreoid. immer noch flüstern können; es ist also in diesem Falle durch die von Revilliod constatirte Lähmung nicht der Mutismus, sondern nur die Aphonie erklärt, demnach auch die von Revilliod aufgestellte Ansicht über das Wesen der hysterischen Stummheit hinfällig.

Auch in anderen Fällen sind Kehlkopfmuskeln gelähmt gefunden worden, so von Jarvis der Ary-arytenoideus und von Thermes-Krishaber ein Abductor; dagegen wurden in einer grossen Zahl der bis jetzt beschriebenen einschlägigen Beobachtungen gar keine Lähmungen im Larynx constatirt. Dies spricht nun doch sehr dafür, dass die Krankheit cerebraler Natur ist, im Gegensatz zur hysterischen Aphonie, die immer durch Paralysen der einen oder anderen Kehlkopfmuskeln bedingt wird. Auch in unseren Fällen konnten wir trotz mehrmaliger sorgfältigster Untersuchung niemals Anomalien der Larynxmuskeln beobachten.

Dadurch, dass es Charcot gelungen ist, durch Suggestion hysterischen Mutismus zu erzeugen, ist der beste Beweis für die cerebrale oder psychische Natur des Leidens erbracht. Auch unser erster Fall spricht sehr für diese Ansicht und nehmen wir deshalb keinen Anstand, uns voll und ganz zu ihr zu bekennen. Allerdings wurde zwar in unserem Fall durch Suggestion nicht Stummheit hervorgerufen, sondern es wurde umgekehrt die hysterische Stummheit durch Suggestion zur Heilung gebracht.

Wenn wir endlich das Facit aus unseren Beobachtungen ziehen sollen, so ist dasselbe folgendes:

Der hysterische Mutismus kann endemisch auftreten;

die Pharynxanästhesie und Freibeweglichkeit der Zunge dürfen nicht allzusehr betont werden;

das Leiden ist psychischer Natur, da es durch Suggestion hervorgerufen und durch solche wieder zur Heilung gebracht werden kann. –

Für die gütige Ueberlassung des Krankenmaterials spreche ich an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Eichhorst, den verbindlichsten Dank aus.

Ein seltener Fall von Speiseröhrenkrebs.

Von Dr. *Bischof* in Augsburg.

Obwohl in letzter Zeit eine Reihe von Krebsfällen sowohl der Speiseröhre als des Kehlkopfes veröffentlicht worden sind und es mithin überflüssig erscheint, wiederum eine speciellere Beschreibung eines solchen zu geben, so fühle ich mich doch aus dem Grunde dazu veranlasst, weil der betreffende Fall ein ganz eigenartiger ist und sich in der Literatur meines Wissens kein ähnlicher beschrieben findet.

Patientin, eine 67jährige Frau mit enorm grosser Struma mitten auf und rechts und links von der Cartilago thyreoidea litt schon länger an unbestimmten Halsbeschwerden, welche in unangenehmen Sensationen im Halse beim Schlucken und in geringgradiger Heiserkeit bestanden. Dieselbe trat jedoch erst in meine Behandlung, als sich zu den erwähnten Beschwerden noch behindertes Schlucken, sowie Athemnoth verbunden mit zeitweise auftretenden Erstickungsanfällen hinzugesellten.

Da es bei der ersten laryngoskopischen Untersuchung nicht gelang, einen Einblick in den Kehlkopf der Patientin zu erhalten, weil die Epiglottis eine stark liegende Stellung einnahm und die gewöhnlichen Manipulationen nicht hinreichten, um dieselbe auch nur einigermassen emporzurichten, so wurde der Kehldeckel mit Cocain eingepinselt und derselbe mit einer Kehlkopfsonde in die Höhe gehoben, worauf folgender Befund festgestellt werden konnte:

Im Kehlkopfeingang erschien ein feinhöckeriger, blass rother etwa haselnussgrosser Tumor, welcher den rechten Aryknorpel sowie einen Theil des entsprechenden aryepiglottischen Bandes zudeckte und nach vorne nahezu die Epiglottis berührte, wodurch ein Spalt gebildet wurde, durch welchen beim Athmen Luft unter hörbarem, durch vibrirende schleimige Flüssigkeit erzeugtem Geräusch strich. Das linke Ligamentum aryepiglotticum und der zugehörige Aryknorpel waren neben und tiefer wie der Tumor sichtbar. Letzterer erschien deutlich ödematös und war derselbe bei der Intonation, welche übrigens nur geringgradig heiser klang, in seiner Position fixirt, während seine Hinterfläche, sowie der Eingang in die Speiseröhre graugelblich verfärbt, theilweise mit zweifellos eitriger Materie bedeckt sich zeigte.

Auf diesen Befund hin und auf Grund zahlreicher hart vergrösserter Lymphdrüsen an der rechten Halsseite bis hinauf zum Hinterhaupt wurde in Anbetracht des Alters der Patientin die Diagnose auf eine bösartige Neubildung des Kehlkopfes, welche bereits auf den Anfangstheil der Speiseröhre übergegriffen habe, gestellt. Der Ausgangspunkt des sichtbaren Tumors wurde unentschieden gelassen und nur die Vermuthung nahe gelegt, dass derselbe wahrscheinlich von der rechten Kehlkopfseite, vielleicht vom rechten Taschenband seinen Ursprung nehme. Bereits einige Tage nach vorgenommener Untersuchung begann die Haut über dem mittleren und linken Lappen der erwähnten Struma sich zu röthen, dann eine teigige Consistenz anzunehmen, wozu noch subcutanes Hautemphysem trat, welchen Symptomen von Uebergreifen des destructiven Processes vom Innern des Halses auf das äussere subcutane Halszellgewebe bald völliger Kräfteverfall der Patientin und der Exitus letalis folgte.

Die Halssection lieferte nun einen unerwarteten, aber sehr interessanten Befund; der rechte und linke Lappen der Schilddrüse sind zu faustgrossen Tumoren umgewandelt, während das Volumen des mittleren etwas kleiner ist. Die Schnittfläche der rechten Geschwulstmasse sowie der in der Nähe liegenden vergrösserten Halslymphdrüsen zeigt ein gelbliches, speckiges Aussehen mit abfliessendem rahmig weisslichem Saft, während ein Durchschnitt durch die beiden anderen Strumalappen anscheinend nur hyperplastisches Kropfgewebe erkennen lässt. Unter dem linken Schilddrüsenlappen findet sich das tiefere Halszellgewebe mit reichlichem Eiter durchsetzt, indess ist von einer Perforation des später zu beschreibenden Geschwürs im Halsinnern nach aussen nichts zu entdecken. Nach Herausnahme des Kehlkopfes mit einem Theil von Speise- und Luftröhre findet man den Kehlkopfeingang von einem klein-granulirten Tumor, welcher dem Kehldeckel anliegt, den rechten Aryknorpel und etwa die Hälfte des entsprechenden aryepiglottischen Bandes zudeckt, ausgefüllt. Der linke Aryknorpel ist ödematös, die Rückfläche dieses, sowie der Anfangstheil der Speiseröhre sind rings im Umkreis oberflächlich verschwärt und es heben sich namentlich an der dem Kehlkopf gegenüberliegenden Rachenwand einige dunkler gelb gefärbte, dem Anscheine nach ebenso wie der grössere Tumor beschaffene circumscripte flache Prominenzen vom Geschwürsgrund deutlich ab. Nun zeigte sich bei näherer Untersuchung über den Ausgangspunkt des den Kehlkopfeingang ausfüllenden Tumors, dass derselbe gar nicht im Kehlkopf seinen Ursprung nahm, sondern dass derselbe mit breiter und zwar bandartiger Basis von der Rückfläche des rechten Aryknorpels, welcher an seiner Vorderseite für das Auge noch normal war, ausging und aufwärts geschlagen nur den Kehlkopf theilweise überlagerte. Da sich der Tumor mit Leichtigkeit aus dem Kehlkopf in den Oesophagus gleichsam wälzen liess, so muss man sich wundern, dass dies während der laryngoskopischen Untersuchung niemals durch den Exspirationsstrom herbeigeführt wurde, wodurch dann die Diagnose über den Ursprung des Tumors noch zu Lebzeiten der Patientin jedenfalls klar geworden wäre.

Wir haben es also mit einem Krebsgeschwür des Oesophagusanfangstheils zu thun, welches bereits zu Perichrondritis des linken Aryknorpels führte und linkerseits im Oesophagus schon so in die Tiefe drang, dass es zur Eiterbildung mit Luftdurchtritt im äusseren Halsgewebe kam, während an der Rückfläche der rechten Giesskannenknorpel jener eigenthümliche Tumor mit seiner bandartigen Verbindung aufschoss, welcher bei der laryngoskopischen Untersuchung die erwähnte Täuschung über seinen Ursprung durch seine eigenartige Lage herbeiführte.

Leider hat sich während der kurzen Beobachtungszeit nicht eruiren lassen, ob die bestehende hochgradige Athemnoth der Patientin durch die Ueberlagerung des betreffenden Tumors an und für sich oder auch durch die vergrösserten die Trachea comprimirenden Schilddrüsenlappen bedingt war. Es wäre möglich, dass die Erstickungsanfälle der Patientin nur dann eintraten, wenn der Tumor den Kehlkopfeingang gerade abschloss, während dieselben ausblieben, wenn der mobile Tumor vielleicht mehr oder weniger weit im Oesophagus sich befand, in welchem Falle der Schluckact behindert sein musste, wie ja auch thatsächlich die Patientin seit längerer Zeit bald wieder besser, dann wieder fast gar nicht schlucken konnte.

Erwähnt sei schliesslich noch, dass die mikroskopische Untersuchung eines Geschwulstpartikelchens, sowie des rechten Strumalappens die charakteristischen Zeichen einer krebsigen Neubildung ergab.

Ueber Nierenverletzungen.

Von Dr. med. *W. Herzog*, Privatdocent für Chirurgie an der Universität München.

(Schluss.)

In Bezug auf die Therapie ist bei den subcutanen Verletzungen besonders absolut ruhige Rückenlage und die consequente Anwendung von Eis zu betonen. Der innerliche Gebrauch adstringirender Mittel, wie Tannin, Plumb. acetic., Ferr. sesquichlorat. dürfte von problematischem Erfolge sein, höchstens wäre noch Ergotin innerlich oder subcutan applicirt zu versuchen. Bei heftigen Schmerzen sind Narcotica passend und bei quälenden Störungen der Urinentleerung wäre die Einführung des Katheters, sowie lauwarme Injectionen einer milden antiseptischen Flüssigkeit, oder warme Sitz- und Vollbäder zu empfehlen. Die operative Eröffnung der Blase zur Entfernung von grösseren Blutgerinnseln, wie Le Dentu meint, dürfte wohl blos in den extremsten Fällen nöthig sein. Durchaus verwerflich sind Blutentziehungen, wie es früher als allgemeine Regel galt. In einem der veröffentlichten Fälle ist der letale Ausgang sicher lediglich diesem Verfahren zuzuschreiben. Ferner sind kühlende, am besten kohlensäurehaltige Getränke, denen man etwas Salicylsäure zusetzen kann, sowie absolut reizlose und blande Diät anzuordnen.

Bei Eiterungen der Niere, besonders bei Bildung von perinephritischen Abscessen ist ein actives operatives Verfahren angezeigt, so dass man den Grundsatz aufstellen kann, bei länger dauernden Eiterungen, die sich durch Eiterabgang im Urin documentiren, von einem Lumbalschnitt aus auf die Niere einzugehen, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen, oder wenn die Niere stark afficirt ist, die Exstirpation der kranken Niere vorzunehmen. Nicht so sicher steht die Indication zum activen Eingreifen bei den acuten Blutungen. Während bei percutanen Verletzungen und hiebei auftretenden gefahrdrohenden Blutungen eine Blosslegung und eventuelle Exstirpation der Niere gewiss unter Umständen gerechtfertigt ist, so stellen sich derselben Operation bei subcutanen Verletzungen doch schwerwiegende Bedenken entgegen. Denn, wie Maas bemerkt, steht bei den letzteren Verletzungen die Blutung ohne Kunsthilfe in den meisten Fällen, selbst eine solche aus den grössten Nierenarterien; es lässt sich auch der Zeitpunkt der Operation sehr schwer bestimmen, weil nach sehr starken, selbst wiederholten Blutungen mit grossem Collaqs doch Heilung eintreten kann; endlich wird es eine Reihe von Nierenzerreissungen geben, bei denen die Unterbindung der Gefässe von dem Lumbalschnitt aus nicht möglich ist. Doch können gewiss Fälle vorkommen, zu denen gerade die zuletzt genannten zu rechnen wären, in denen auch bei subcutanen Verletzungen allein durch eine Nieren-

exstirpation das Leben zu erhalten sein wird. Die percutanen Wunden sind im übrigen vor allen Dingen streng antiseptisch zu behandeln. Bei Eiterung und Urinfisteln sind prolongirte Vollbäder und schützende Bepinselungen der Umgebung der Wunde gegen die ätzende Wirkung des Urins anzuwenden. Bei länger dauernder Eiterung ist natürlich ebenfalls die Nierenexstirpation angezeigt.

Was die von mir beobachteten Fälle 1 und 2 betrifft, so sind dieselben wohl als subcutane Verletzungen einer Niere aufzufassen. Der intensive charakteristische Schmerz, das veranlassende Trauma, vor allen Dingen aber die Haematurie sichern die Diagnose, im ersten Fall waren im Anfange noch Chokerscheinungen und Erbrechen vorhanden. Dabei ist zu bemerken, dass die Urinentleerung niemals mit Schmerzen verbunden war; man muss also annehmen, dass sich keinerlei Blutcoagula in den grösseren Harnwegen gebildet haben oder dort stecken geblieben sind. Hervorzuheben ist, dass im 1. Falle die Blutentleerung, nachdem sie schon vollständig sistirt hatte, noch einmal und zwar ziemlich lange auftrat, ein Verhalten, das öfters beobachtet wird. Eine Erwähnung verdient auch die Dauer der Blutung, die im 1. Falle 31 Tage, im 2. Falle 19 Tage anhielt. Bis jetzt ist bloss zweimal eine längere Dauer, nämlich einmal 6 Wochen, das andere Mal mehrere Monate beobachtet worden. Trotzdem die Verletzung und die dadurch gesetzte Blutung keine geringe gewesen sein muss, was im 1. Falle aus der langandauernden Blutentleerung, im 2. Falle aus der percutorisch nachweisbaren Blutgeschwulst geschlossen werden kann, trat doch unter Nachlass aller Erscheinungen bald Besserung ein, so dass beide Patienten schon nach 6 Wochen ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten.

In den Fällen 3 bis 11 handelt es sich um multiple Verletzungen, so dass klinischerseits die Nierenverletzung in den Hintergrund tritt; denn der schnell eintretende Tod ist wohl in allen Fällen auf die anderweitigen schweren Läsionen zurückzuführen. Bloss im Fall 3 könnte die abundante Blutung als Todesursache angesehen werden; doch auch hier ist noch eine Milzruptur vorhanden gewesen. In klinischer Beziehung dürften noch die Fälle 6 und 10 beachtenswerth sein, indem bei denselben kein Blut mit dem Urin entleert wurde, obgleich der Tod in dem einen Fall 2 Tage, in dem anderen 8 Tage nach der Verletzung eintrat, und bei der Section in beiden Fällen Rupturen der Nieren gefunden wurden, die allerdings bloss oberflächliche waren und nicht tief in das Gewebe des Organs eindrangen. Die Blutentleerung mit dem Urin scheint demnach doch öfters bei Verletzungen fehlen zu können, als man bisher annahm, was auch Tuffier für die percutanen Nierenverletzungen bestätigt. Dies scheint besonders dann einzutreten, wenn bloss seichte Risse in die oberflächlichen Lagen des Gewebes vorhanden sind, ohne dass diese bis in das Nierenbecken reichen, oder ohne dass grössere Gefässe getroffen sind. Dagegen wird wohl immer bei Verletzungen im Hilus mit Eröffnung des Beckens, oder bei Rissen, die bis in den Hilus dringen, Blut in die Ureteren abfliessen. Der übrige Befund des Urins im Falle 6 dürfte aus der schon älteren Nierenaffection zu erklären sein.

Besonderes Interesse wird noch zum Schlusse die Besprechung des pathologisch-anatomischen Befundes beanspruchen. Nach den Ergebnissen der Sectionen fand sich das Nierengewebe nach verschiedenen Richtungen hin, vorwiegend in der Queraxe, selten in der Längsaxe des Organs zerrissen, was Grawitz aus dem fötalen Wachsthum der Niere erklärt. Die Risse drangen verschieden tief in das Gewebe ein, theils als ganz seichte Einrisse der Oberfläche, theils als tiefe Spaltungen und dann den grössten Theil der Niere oder das Organ ganz durchsetzend. Bei oberflächlichen Rissen braucht die fibröse Kapsel nicht eingerissen zu sein, dagegen ist dies bei tiefer gehenden immer der Fall. Die Risse fanden sich entweder an der Vorderfläche und zwar oft unregelmässig nach den verschiedensten Richtungen hin, oder an der Rückseite der Niere, dann gewöhnlich in der Nähe des Hilus oder bis in den Hilus reichend, oft das Nierenbecken eröffnend und die Ruptur eines grösseren Gefässes herbeiführend. Bei ausgedehnteren Rissen war die Niere entweder in 2 fast gleiche Theile quer getrennt, oder es waren grössere Theile vollständig abgerissen. Dabei fand sich zuweilen ein Theil der Niere vollständig zu einer Detritusmasse zerquetscht und das übriggebliebene Gewebe blutig suffundirt. Auch wurde der Ureter zerrissen oder total abgetrennt gefunden.

Bei grösseren Continuitätstrennungen kommen in die Nierenkapsel und bei Zerreissung derselben unter das Peritoneum Blutergüsse zu Stande, die das Gewebe zu einer prallen Geschwulst ausdehnen und in manchen Fällen nach unten tief in das Becken und dasselbe ausfüllend, nach oben mit Verdrängung des Zwerchfelles und selbst der Brusteingeweide bis an den unteren Rand der Scapula reichten. In einigen Fällen war auch der Peritonealsack über der Niere eingerissen, so dass sich ein grosser Theil des Blutes in die Bauchhöhle ergossen hatte. Diese letztere Complication war bei den Fällen, die durch Verblutung schnell letal endeten, immer vorhanden. Dies lässt sich daraus erklären, dass die Blutung, wenn sie sich frei in die Bauchhöhle ergiessen kann, viel schwerer spontan zum Stehen kommen wird, als wenn die Gerinnselbildung in dem mehr abgeschlossenen Raum der Kapsel oder auch des subperitonealen Bindegewebes unterstützt wird. Grosse Blutungen kommen besonders dann zu Stande, wenn bei Rissen, die mit durch das Nierenbecken gehen, die grossen Gefässe verletzt sind. An acuter Verblutung starben 14 der Patienten und zwar $1^1/_2$—20 Stunden nach der Verletzung unter den Zeichen der zunehmenden Anämie. Doch auch an länger andauernden Blutungen gingen 8 Fälle zu Grunde, einer sogar noch am 26. Tage.

Wenn man nun bei den von mir oben mitgetheilten Fällen subcutaner Nierenverletzungen (Nr. 3—11) aus den Sectionsprotokollen die Localisationen der gefundenen Continuitätstrennungen in der Niere mit den verschiedenen Arten der Gewalteinwirkungen, wodurch in jedem einzelnen Falle die Verletzung hervorgerufen wurde, vergleicht, so kann man constatiren, dass in 3 Fällen (Nr. 4, 7, 10) bei Sturz und Fall aus der Höhe Risse an der Hinterfläche und in der Gegend des Hilus gefunden wurden, während in einem Falle (Nr. 6) von Quetschung des Unterleibes und der Nierengegend von vorne und in einem weiteren Falle (Nr. 5) von Ueberfahren Continuitätstrennungen an der Vorderfläche der Niere entstanden waren. Bei weiteren 3 Fällen von Sturz waren zweimal (Nr. 3 und 8) das Organ vollständig durchsetzende Risse und einmal (Fall 9) solche am oberen Rande und am Hilus entstanden. Im letzten Falle (Nr. 11) fanden sich bei directer Gewalteinwirkung durch Ueberfahren ganz unregelmässige Zerreissungen, durch welche der obere Theil der Niere in zwei ungleiche Hälften, eine vordere und hintere, getrennt und ausserdem ein Stück Substanz fast ganz losgerissen war.

Bei Durchsicht dieser Zusammenstellung fällt die Thatsache auf, dass bei indirecten Gewalteinwirkungen, wie Sturz und Fall aus der Höhe, immer Risse am Hilus und bei directen Quetschungen immer unregelmässige Risse und zwar meistens an der Vorderfläche der Niere vorkamen. Auch bei Durchmusterung der von Maas, Edler und Grawitz veröffentlichten Sectionsprotokolle nach der eben angegebenen Richtung hin bestätigte sich im Allgemeinen dieser Satz. Denn unter 14 für diese Betrachtung verwerthbaren Fällen von Sturz aus der Höhe und Schlägen in die Lumbalgegend finden sich 4 mal Risse am Hilus und in den grossen Gefässen, 8 mal das Organ in der Mitte trennende Risse und 2 mal Vorderflächen-Risse angegeben, während bei 18 Fällen von Quetschungen des Unterleibes 1 mal ein Riss am Hilus, 4 mal halbirende Risse und 13 mal Vorderflächenrisse, Zerquetschungen und Abreissungen peripherer Theile verzeichnet sind.

Also auch bei diesen Fällen fanden sich bei indirecten Gewalteinwirkungen fast nie Vorderflächen-Risse, sondern meistens solche am Hilus, während bei directen Quetschungen in der überwiegenden Mehrzahl unregelmässige Zerreissungen an der Vorderfläche der Niere vorhanden waren.

Um nun über den Mechanismus der Entstehung der Nierenverletzungen grössere Klarheit zu erhalten, wurden von mir

eine Reihe von Experimenten an Kaninchen und Meerschweinchen angestellt, die unter freundlicher Mitwirkung theils des Herrn Dr. Enderlen im pathologischen Institute, theils des Herrn Privatdocenten Dr. Praussnitz im physiologischen Institut gemacht sind. Dabei wurden die beiden hauptsächlichsten Gewalteinwirkungen, wie sie bei Nierenverletzungen in Frage kommen, in Anwendung gebracht.

Bei der ersten Versuchsreihe wurde den chloroformirten Thieren von vorneher die Nierengegend und die Nieren direct mit den Fingern stark gedrückt, um diejenigen Verletzungen nachzuahmen, bei denen der Unterleib zwischen zwei pressende Gewalten genommen wird, wie beim Ueberfahren, bei Pressen zwischen Eisenbahnwagen-Puffern, bei Verschüttungen u. s. w. Es gelang durch diese Manipulation sehr leicht, bedeutende Verletzungen der Niere hervorzurufen. Man fand dann regelmässig Risse an der Vorderfläche, nie an der Hinterfläche und am Hilus, oder, wenn die Quetschung eine ausgedehntere gewesen war, waren durchgehende Risse vorhanden, durch welche die Niere entweder in zwei ungleiche Hälften oder in eine Reihe unregelmässiger fetziger Theile zerrissen war. Meistens war auch der Peritoneal-Ueberzug eingerissen und ein Blutextravasat in der Bauchhöhle vorhanden.

Bei der zweiten Versuchsreihe wurden den durch einen gelinden Genickschlag betäubten Thieren Schläge mit einem Scheitholz in die Nierengegend theils von der Seite, theils von hinten beigebracht, um diejenigen Gewalten nachzuahmen, die mittelst eines Stosses oder Schlages in die hintere und seitliche Nierengegend, und durch einen Sturz aus grösserer Höhe mehr auf indirecte Weise hauptsächlich durch Erschütterungen auf die Niere wirken. Bei diesen Versuchen war nun der Befund ein ganz anderer als bei den ersten. Es waren nämlich constante Risse in der Hilusgegend entstanden, wobei sich die Blutung in das retroperitoneale Bindegewebe gegen das Becken hin ergossen und dort eine umfangreiche Blutgeschwulst gebildet hatte, ohne Eröffnung der Bauchhöhle. Erst wenn mehrere heftige Schläge geführt wurden, waren die Risse tiefer in die Substanz gedrungen, die Niere theilweise ganz durchsetzend. In solchen Fällen war dann auch bei Eröffnung der Peritonealhöhle Blut in dieselbe ergossen.

Aus den Resultaten dieser Versuche dürfte demnach die Bestätigung der oben angeführten Ansicht hervorgehen, dass bei Stössen und Schlägen gegen die Lumbalgegend und beim Aufschlagen des Körpers auf die Nierengegend, also bei allen indirect auf die Niere wirkenden Gewalten Risse am Hilus mit Blutungen in das retroperitoneale Gewebe die Regel bilden, dagegen bei directen Quetschungen der Niere von vorne und der Seite gewöhnlich Risse an der Vorderfläche oder unregelmässige Zerfetzungen der Nierensubstanz mit Zerreissung des Peritonealüberzuges und Bluterguss in die Bauchhöhle stattfinden werden.

Die Verschiedenheit der Verletzungen an den Nieren bei den zweierlei Arten von Gewalteinwirkungen lässt sich daraus erklären, dass bei Erschütterungen des Körpers und bei Schlägen in die Nierengegend die Nieren in ihrer Anhaftung am Hilus gezerrt werden und dadurch Risse an der Hinterfläche, sowie in der Gegend des Hilus entstehen, während bei Quetschungen von vorne Risse direct an der Einwirkungsstelle der Gewalt hervorgerufen werden. Dass man bei Sectionen nach Verletzungen oft beide Arten von Rissen vorfindet, wird wohl darauf zurückzuführen sein, dass im Momente des Unfalles gewiss häufig die beiden Arten von Gewalt auf die Nieren einwirken.

Feuilleton.

Dr. Hermann Brehmer.

Von Dr. *G. Cornet*, Berlin-Reichenhall.

(Schluss.)

Bei Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht erklärt Brehmer als integrirenden Bestandtheil seiner Heilmethode die geschlossene Heilanstalt, weil nur dort die sofortige Hilfe des Arztes in Nothfällen, z. B. bei plötzlicher Hämoptoe vorhanden, weil nur dort die gerade bei dieser Krankheit nothwendige stete ärztliche Ueberwachung möglich ist und weil dort alle Schädlichkeiten von vorneherein ferngehalten werden können.

Im Allgemeinen pflichtet Referent, der die Resultate der Heilanstalt und der offenen Curorte aus eigener Thätigkeit daselbst kennt, dieser Anschauung bei, es muss aber doch zugegeben werden, dass ein energischer Arzt, der das Vertrauen seiner Patienten geniesst, schliesslich auch im offenen Curorte, wenn auch mit mehr Mühe, seinen Anordnungen volle Geltung verschafft. Die hygienischen Verhältnisse lassen aber bis jetzt meist da und dort zu wünschen übrig, freilich in den offenen Curorten, wenigstens in vielen Wohnungen derselben noch mehr als in den Anstalten.

Die Heilanstalt soll nun nach Brehmer im Gebirge liegen, weil durch den verminderten Luftdruck die Triebkraft des Herzens vermehrt und durch den zunehmenden Appetit die reichliche Ernährung gefordert wird. Ferner muss, was Brehmer in erster Linie hervorhebt, die Gegend eine immune sein, d. h. es darf in dieser Gegend die Schwindsucht nicht oder fast nicht vorkommen. Die Frage der örtlichen Immunität ist eine so viel erörterte, viel umstrittene und heute noch nicht ganz aufgeklärte, dass es wohl zu weit führen würde, hier darauf einzugehen. Festzustehen scheint dem Referenten nur, dass allerdings mit zunehmender Höhe über dem Meeresspiegel und in gewisser Beziehung zur geographischen Breite die Verbreitung der Lungenphthise abnimmt, ob nun in Folge der geringeren Dichtigkeit der Bevölkerung und der dadurch verminderten Ansteckungsmöglichkeit allein oder ob da noch andere Momente mitspielen, bleibt vorerst dahingestellt. Noch weniger zwingend ist der Schluss, dass, weil in gewisser Höhe die Phthise seltener vorkommt, auch eine bereits zur Entwickelung gekommene Phthise schneller und leichter heilen müsse. Diese Frage haben auch die erzielten Heilresultate in der Höhe oder Ebene noch nicht zur Entscheidung gebracht. — Im Allgemeinen möchte wenigstens Referent sich vorerst der Ansicht Nothnagel's anschliessen, der den Werth eines Curortes hauptsächlich davon abhängig macht 1) wie lange der Patient im Freien sein kann, 2) ob der Ort staubfrei ist, 3) ob die Patienten dort gut zu essen bekommen können und ob die klimatischen Verhältnisse dort günstig sind, d. h. ob es daselbst windig, trocken oder feucht ist, welchen Voraussetzungen noch anzufügen wäre, ob die Terrainbeschaffenheit Steigen erlaube.

Ferner stellt Brehmer an die Anstalt das wichtige Desiderart, dass sie von Winden geschützt sei, da der Wind für Phthisiker Gift ist. Ein anderer, vielleicht der wichtigste Factor, sind die Spaziergänge resp. die Anlagen, die gehörig beschattet, andere besonnt und in verschiedener Steigung vorhanden sein müssen. Mit Rücksicht darauf, dass jede Ermüdung dem Lungenkranken schadet, soll dem Patienten jederzeit, förmlich auf Schritt und Tritt, durch Bänke Gelegenheit gegeben werden, sich ausruhen zu können. (Thatsächlich sind auch die Anlagen der Brehmer'schen Anstalt, leider aber nicht auch die Anstalt selbst, mustergültig und in ihrer Vollendung, Zweckmässigkeit und Ausdehnung unübertroffen. Ref.) Dass natürlich den hochgestellten Anforderungen nur grosse, zahlreich besuchte Anstalten, in denen sich die pecuniären Lasten auf viele Schultern vertheilen, entsprechen können, ist selbstverständlich.

Befremdend ist, dass Verfasser die sonstigen hygienischen Einrichtungen hier wie in praxi stiefmütterlich behandelte, obwohl diese doch wichtiger sind als das von ihm erwähnte Postulat, dass die Postanstalt wohl am Orte, aber nicht in der Anstalt liegen solle.

Die Bewegung, die der Patient zu machen hat, muss dem jeweiligen Kräfte- und Krankheitszustande genau angepasst werden und ist besonders, wie bereits erwähnt, jede Ueberanstrengung bei Phthisikern ängstlich zu vermeiden. Dabei soll der Patient soviel wie möglich im Freien sich aufhalten. Gleichwohl erklärt sich Brehmer gegen die von Dettweiler eingeführten geschützten offenen Veranden, in welchen diejenigen Patienten, welche nicht spazieren gehen sollen oder können, auf einem bequemen Ruhebette liegen, weil nach seiner Ansicht die Ventilation nicht ergiebig genug ist, so dass er vorzieht, die Patienten in ihrem

Zimmer liegen zu lassen. Dieser Befürchtung vermag Referent sich allerdings nicht anzuschliessen, er glaubt vielmehr, dass Dettweiler gerade durch Einführung dieser Veranden, welche die ausgedehnteste Freiluftbehandlung gestatten, ein grosses Verdienst sich erworben hat.

Die Wege sollen so gebaut sein, dass sie infolge einer starken Steinschüttung auch nach starkem Regen trocken sind und so, dass man auch während und nach dem Regen bequem gehen kann.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Ernährung des Schwindsüchtigen, um an die Stelle des Schwindens der Körperfülle eine Zunahme derselben zu setzen. Gegen die meist vorhandene Appetitlosigkeit hilft in vielen Fällen die Uebersiedelung nach Gebirgsorten an sich. Brehmer lässt täglich 5 Mahlzeiten einnehmen, um dadurch dem Magen oft Nahrung zu bieten, ohne ihn anzustrengen. Dabei nehmen einen hervorragenden Platz auch die Gemüse ein, die besonders bei Appetitlosigkeit leichter genossen werden als Fleisch; ausserdem muss die Ernährung eine möglichst fettreiche sein. Jeder Patient trinkt täglich durchschnittlich $1^1/_2$ Liter Milch, bei andauernder Anorexie aber bis zu 4 Liter, gleichmässig vertheilt. Brehmer hat zuerst den Wein in die Behandlung der Lungenschwindsucht und zwar als Heilmittel eingeführt, weil er die Herzcontractionen vermehrt und verstärkt, sowie als Sparmittel für die Ernährung; er lässt jedoch davon nur $^1/_3$ Liter täglich und nur bei Fieber $^2/_3$ Liter, selten mehr, nehmen und hält ausgedehnteren Gebrauch desselben für gefährlich, wie er auch die von Dettweiler eingeführte Cognaccur für bedenklich erklärt. Bei kürzerer Dauer hat Referent von dieser Cognaccur recht günstige Resultate gesehen, würde aber allerdings mit Brehmer auch Bedenken erhoben, dieselbe zu lange fortzusetzen.

Befremdlich ist, dass Brehmer Bier ganz verbietet. Er stützt sich auf die von ihm sonst so perhorrescirten Laboratoriumsversuche. Wir bayerischen Aerzte haben durch das von ihm als maassgebend angesehene Studium am kranken Menschen, an unsern Phthisikern, von einem mässigen Biergenusse in jenen Fällen, in welchen Patienten nicht dadurch verschleimt werden — und deren giebt es allerdings sehr viele — wohl kaum je Schaden gesehen, im Gegentheil wird in vielen Fällen der Appetit gehoben und kommt der wenn auch geringe Nährwerth dem siechenden Körper zu Gute. Wenn es also nicht absolut Noth thut, soll man nach Ansicht des Referenten an das Bier gewöhnten Kranken den Vielen liebgewordenen Biergenuss nicht verbieten.

Auch Strümpell und Eichhorst erklären sich für Bier und Wein. Mit Bezug auf einzelne Symptome (symptomatische Therapie) lässt Brehmer bei trockenem, quälendem Husten denselben möglichst unterdrücken durch psychische Einwirkung, durch schluckweise genommenes, kaltes Wasser oder heisse Milch mit Selterswasser, verwirft aber Morphium (Referent hält dem gegenüber gerade bei trockenem Reizhusten ohne Secretion Morph. für indicirt), Morph. gibt Brehmer nur dann, wenn durch Husten mit Auswurf die Nachtruhe des Patienten andauernd gestört ist.

Die Inhalationen übergeht Brehmer ganz mit Stillschweigen, wohl nicht mit Recht, da sie symptomatisch unzweifelhaft oft von Werth sind.

Bei mässigem Bluthusten unterlässt Brehmer jede Untersuchung und verordnet Morphiuminjection, Eisblase auf's Herz und als Diät Milch, eventuell Ergotin, Regelung des Stuhles durch Klystiere. Liquor ferri sesquichl. dagegen hält Brehmer für absolut unwirksam; bei starker Hämoptoe, wenn das Blut ununterbrochen oder in kurzen Zwischenräumen aus Mund und Nase hervorquillt, lasse man energisch husten, damit das in den Bronchien gebliebene Blut nicht Erstickungsanfälle hervorruft, eventuell ist mit dem Finger in den Kehlkopf einzugehen, um die Blutgerinsel herauszuholen. Bei gleichzeitiger Schwäche und zunehmender Athemnoth ist auch Champagner als excitirendes Expectorans am Platz. Verfasser empfiehlt als Eisbeutel die aus Pflanzenpergament hergestellten. Referent aber kann davor nur warnen, da dieselben wohl besser kühlen und liegen bleiben, aber oft schon nach kürzester Zeit, nach $^1/_2$ Stunde, lecken und der Patient, der vielleicht eingeschlafen ist, plötzlich durch die Nässe in seinem Bette aufwacht.

Gegen Fieber, das Verfasser übereinstimmend mit Nothnagel (und auch nach des Referenten Erfahrung) nicht als Hinderniss gelten lässt, den Patienten in klimatisch günstigere Verhältnisse zu schicken, da es auf diese Weise sich oft ohne alles ärztliches Zuthun verliert, gibt Brehmer in erster Linie Alkohol (starken Ungarnwein) 1—2 Weinglas beim Ansteigen der Temperatur und falls nicht gleichzeitig Durst vorhanden ist, Eisbeutel auf's Herz; in hartnäckigen Fällen Antipyrin oder Antifebrin. Gegen Nachtschweisse ein Glas Milch mit zwei Theelöffel Cognac. Die gleichfalls von Brehmer in die Therapie der Lungenschwindsucht eingeführte Abreibung und Douche hält er nur dann für indicirt, wenn der Organismus noch auf den Reiz der Kälte kräftig reagiren kann. Der Patient muss unmittelbar nachher das Gefühl der Behaglichkeit und Wärme haben. Die Douche bewährt sich ausserdem unter gewissen Vorsichtsmassregeln bei pleuritischen Exsudaten, soll aber, da sie ein unter Umständen gefährliches Mittel ist, nur vom Arzte selbst gegeben werden.

Wir haben in Vorstehendem die Anschauung wohl des erfahrensten Phthisiotherapeuten, des Begründers einer neuen, erfolgreicheren Behandlung der Lungenschwindsucht kennen gelernt und diese kurzen Notizen werden genügen, um die Wichtigkeit des besprochenen Buches für jeden Arzt, die Nothwendigkeit es zu studiren, klar zu machen. Wenn auch die Begründung seiner Therapie von zum Theile falschen, zum Theil zu wenig gestützten Voraussetzungen ausgeht, so hat die Therapie selbst unzweifelhaft wesentliche Erfolge aufzuweisen, sie hat besonders den Glauben in uns befestigt, dass wir nicht ganz machtlos der entwickelten Schwindsucht gegenüberstehen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

P. Bruns: Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mittheilungen aus den Kliniken von Tübingen, Heidelberg, Zürich und Basel. 4. Bd., 2. u. 3. Hft. Laupp.

Von den in erweiterter Weise erscheinenden Mittheilungen aus der Tübinger Klinik, denen sich nun auch solche aus der Czerny'schen, Krönlein'schen und Socin'schen Klinik anschliessen, bringt das 2. und 3. Heft wieder eine Reihe wichtiger Arbeiten. Zunächt berichtet Köstlin im Anschluss an einen hartnäckig recidivirenden Fall von Granulationsstenose nach Tracheotomie über die Entfernung der Granulationen mittelst des Kehlkopfschwamms vom Mund aus (Voltolini) und reiht hieran eine Kritik der übrigen Methoden. Keller berichtet über die Methoden der Amputatio penis und die Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben, Brunner über herniologische Beobachtungen im Anschluss an einen interessanten Fall von Hysterocele, bei dem später ein vereiterter cruraler Bruchsack eine entzündete Hernia omentalis vortäuschte und zur Herniotomie führte. Im Anschluss hieran werden die Fälle von Hysterocele speciell der mit Gravidität complicirten aus der Literatur gesammelt, Symptomatologie und Diagnose derselben beleuchtet. Besonderes praktisches Interesse verdienen u. a. die Mittheilungen Nagel's über die Erfolge der Thiersch'schen Hauttransplantationen d. h. die mit scharfem Rasirmesser in Form dünner Lamellen von gesunden Hautpartien des Patienten (innere Oberarmfläche etc.) entnommenen und auf die abgekratzte granulirende Fläche aufgepflanzten Hautstücke und kommt Nagel nach zahlreichen Beobachtungen der Tübinger Klinik zu dem Schluss, dass selbe bei traumatischen Defecten viel sicherere Resultate liefern, als bei Geschwüren, aber immerhin einen bedeutenden Fortschritt darstellen und mit Recht unter die segensreichsten Entdeckungen zu setzen seien. — Ehrmann liefert einen interessanten Beitrag zu den multiplen symmetrischen Xanthelasmen und Lipomen. Knapp berichtet über die operative Behandlung irreponibler traumatischer Schulterluxationen im Anschluss an 2 von Bruns erfolgreich arthrotomirte Fälle

von mehrmonatlich resp. 2jähriger bestehender Schulterluxation, es werden die Erfolge der verschiedenen Operationsmethoden gewürdigt und kommt Knapp zu dem Schluss, dass nur bei frischen irreponiblen Luxationen des Schultergelenks die blutige Reposition zu versuchen, dagegen in veralteten Fällen besser die Resection auszuführen sei. Hübscher liefert aus Socin's Klinik einen Beitrag zur Hautüberpflanzung nach Thiersch, verbreitet sich über Dicke, Grösse etc. der Schnitte, die er im allgemeinen 15—20 cm lang, 4—5 cm breit entnimmt (Aussenfläche des Oberschenkels) und analysirt 40 betr. Beobachtungen. Gessler giebt in einem Beitrag zur elektrolytischen Behandlung der Angiome eine eingehende Besprechung der Behandlungsmethoden der Angiome, deren er 221 Fälle aus der Tübinger Klinik benützt und für die er die Bruns'sche Methode, Einführung zweier zugespitzter Platinnadeln durch die Basis, Durchleiten eines constanten Stroms (10—20 Frommhold-Elem) von 10—20 mill. amp. empfiehlt, wonach er (nach mehreren Sitzungen) in 10 Fällen bei grossen geschwulstförmigen Angiomen sehr gute Resultate sah.

Nordlest empfiehlt den Socin'schen Zinkpastenverband als ausgezeichnet nach der Hasenschartenoperation, der aus 50 Theilen Zinkoxyd, 50 Theilen Wasser, 5—6 Theilen Zinkchlorid besteht, — einer Paste die rasch zu einem festen luftdicht schliessenden Wundverband wird, nachdem sie nach Desinfection und Abtrocknen der Wunde unter Einschaltung mehrerer dünner als Stützen dienender Baumwollschichten, aufgetragen. Hübscher beschreibt schliesslich ein neues, sehr brauchbares Winkelmaass.

Das 3. Heft eröffnet Schulthess mit statistischen Untersuchungen über die Aetiologie des Mammacarcinoms, nach denen das Stillen hiebei keine wesentliche Rolle spielt resp. nur indirect, wenn eine puerperale Mastitis hinzukommt, er bespricht die Localisation in der Mamma und sieht in dem häufigst beobachteten Auftreten des Carcinoms im obern äussern Quadranten den Einfluss äusserer Schädlichkeiten betreffs der Aetiologie. Von 1000 Personen starben ca. 2,3 an Brustkrebs, von Frauen im Alter von 40 Jahren ca. 1 Proc., bei 10 Proc. der Fälle spielt hereditäre Belastung eine Rolle, frühere Erkrankungen, Traumen der Brust sind von Bedeutung.

Kneer berichtet über 32 traumatische Hüftluxationen aus der Tübinger Klinik, darunter einer Doppelluxation; Kirn verbreitet sich über die operative Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenkresectionen im Anschluss an 2 betreffende Beobachtungen und kommt unter Verwerthung der vorliegenden Gesammtbeobachtungen zu der Anschauung, dass eine operative Behandlung nur dann indicirt sei, wenn das betreffende Bein wenig oder gar nicht gebrauchsfähig sei; wegen der Gefahr schwerer Nebenverletzungen wird gewaltsame Reduction, auch Osteoclase ganz verworfen, die Osteotomie unter dem Trochanter zur Correction abnormer Stellung und speciell die Resection wegen ihrer guten zum Theil ausgezeichneten Resultate befürwortet. — C. Simon giebt einen werthvollen Beitrag zur Kenntniss der Atresia vaginalis und die betreffenden therapeutischen Methoden, indem er nach eingehender Würdigung der Hauptgefahren der Haematosalpinx, die in Rupturen und septischer Infection bestehen und der betreffenden traurigen Ausgänge, die Laparotomie und Exstirpation empfiehlt, sobald die Diagnose auf Atresie des Genitalcanals mit Haematometra und Haematosalpinx gestellt ist, da die Entfernung der afficirten Tube am sichersten vor Recidiv schützt; für leichte Formen mit Haematocolpos und Haematometra mache man Incision, nur langsame Entleerung der Retentionstumoren und Erweiterung durch Ausschneiden eines scheibenförmigen Theils, bei schweren Formen Entleerung des Uterus mittelst Punction des Rectum und später Castration zur Verhütung von Recidiven bei Atresie, die erst am Schluss der Gravidität constatirt wird und so hochgradig ist, dass ihre Beseitigung nicht ohne schwere Verletzungen der Nachbarorgane möglich — den Kaiserschnitt.

Krönlein beschreibt ein Osteophyt der Fossa poplitea als Folge eines Aneurysma traumat.; Czerny einen Fall von Wangenplastik mit gedoppeltem Halshautlappen, wodurch er in dem betreffenden Fall (Carcinom) ein sehr schönes Resultat, ganz normalen Mundwinkel, freie Mundöffnung erzielte, als Vortheil der Methode wird u. a. die dadurch ermöglichte Freilegung der Submaxillargegend behufs Drüsenexstirpation gerühmt. Garrè giebt eine eingehende Arbeit über die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Thiersch'schen Transplantationen, woraus sich u. a. ergiebt, dass viele, wahrscheinlich die Mehrzahl der alten Gefässe der Transplantationen veröden und die hauptsächliche Blutversorgung durch neugebildete Gefässe geschieht, dass dünne Läppchen als besser der Unterfläche sich anschmiegend vorzuziehen sind und dass man erst nach Stillung der Blutung transplantiren soll, da eine stärkere Blutschicht für rasche Verklebung hinderlich ist. Stern giebt schliesslich experimentelle Studien, die die Frage, durch welche Mittel man das Entstehen von pseudomembranösen Verwachsungen bei intraperitonealen Wunden verhindern könne, lösen sollen und die nach zahlreichen Thierexperimenten mit Netzabtragungen ergaben, dass hiezu weder Infusion grösserer Mengen von Kochsalzlösung, noch Umkleidung des Stumpfs mit Vaseline genüge, wohl aber Bepinseln desselben mit Collodium, so dass eine dünne glatte Membran entsteht.

Die angedeuteten Punkte mögen genügen, um zu zeigen, welch reichen Inhalt die betreffenden, auch mit zahlreichen guten Abbildungen ausgestatteten Hefte enthalten und um zu behaupten, dass man den weiteren Heften der in so beträchtlich vergrösserter Weise erscheinenden Beiträge zur klinischen Chirurgie stets mit grossem Interesse entgegensehen wird, da sie die Bedeutung eines wichtigen neuen Fachorgans angenommen haben. Schreiber-Augsburg.

Sanitätsrath Dr. **Mencke** (in Wilster): **Welche Aufgaben erfüllt das Krankenhaus der kleinen Städte und wie ist es einzurichten?** Nach langjähriger Erfahrung dargestellt. Mit 6 Tafeln, Abbildungen und 7 in den Text gedruckten Holzschnitten. Berlin 1889 bei Th. Chr. Fr. Enslin.

Gutachten des k. Obermedicinalausschusses. (Referent Geheimrath Dr. von Ziemssen.)

Das Büchlein enthält Alles zur Anlage und Einrichtung eines kleinen Krankenhauses Wissenswerthe in einer höchst klaren und ansprechenden Weise dargestellt und zwar enthält es nicht bloss die Dinge, welche bautechnisch, hygienisch und administrativ von Wichtigkeit für eine solche Anstalt sind, sondern auch Vielerlei, was für das Zustandekommen einer solchen Wohlthätigkeitsanstalt von Wichtigkeit ist, so besonders die richtige Art und Weise, das Interesse des grossen Publikums für die Sache zu erwecken, die angesehenen und bemittelten Familien heranzuziehen, die Aerzte zu collegialem Zusammenwirken im Interesse dieser Sache zusammenzuhalten und dabei doch immer das Wohl der Leidenden voranzustellen und gleichzeitig das Ansehen des ärztlichen Standes zu befestigen.

Die ganze Darstellung des Verfassers wird getragen von einer edlen Auffassung der humanitären Aufgaben unserer Zeit und von einem idealen Standesbewusstsein, ohne sich deshalb in unpraktische Vorschläge zu verlieren. Im Gegentheil; Alles ist klar, praktisch und zur Sache gehörig. Jeder Arzt und jeder Gemeindevorstand kann aus dem Büchlein entnehmen, wie viel der Bau eines solch' kleinen Krankenhauses, nach dem Muster der englischen Hütten-Hospitäler construirt, kostet, wie dasselbe zweckmässig und doch billig eingerichtet werden soll, welche Mittel der Betrieb erfordert, und wie dieselben zu beschaffen sind. Verfasser nimmt auf die neuesten Fortschritte des Hospital-Bauwesens, wie sie besonders in den neuen Hamburg-Eppendorfer Krankenhausbauten zu Tage getreten sind, Rücksicht, um denselben alles Gute, soweit es die bescheidenen Mittel des kleinen Krankenhauses gestatten, zu entnehmen. Alles in Allem genommen, kann man sagen, dass das Büchlein mit das Beste ist, was über diesen Gegenstand bisher in Deutschland geschrieben wurde und dass dasselbe getrost ähnlichen Werken englischer Aerzte, besonders dem Buche von Dr. Waring über die Cottage-Hospitals an die Seite gestellt werden kann. Es ist deshalb auch verständlich, dass die erste Auflage der Broschüre sich der Anerkennung weiterer Kreise

und unter Anderem auch des lebhaften Beifalles des Herzogs Friedrich von Augustenburg, dann des Grossherzogs von Baden und auch des Centralcomités der deutschen Vereine zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger zu erfreuen hatte.

F. C. Müller: Psychopathologie des Bewusstseins. Für Aerzte und Studirende bearbeitet. Leipzig 1889, bei Andr. Abel. 185 Seiten.

Der erste Theil der Arbeit ist einer theoretischen Besprechung der verschiedenen Anschauungen und Definitionen über das Bewusstsein gewidmet und gipfelt in einer eigenen Definition des Verfassers. Wir glauben, dass bei dem ausschliesslich praktischen Zweck, dem das Buch dienen soll, diese Besprechung vielleicht etwas zu weit ausgedehnt ist; auch scheint uns bei Abhandlung des freien Willens der Ausfall auf den Materialismus nicht recht motivirt, da sich ja für den freien Willen selbst auch keine stricten Beweise bringen lassen. Ueberhaupt hat ein derartiger theoretischer Streit für die Praxis wenig Werth, da schliesslich jeder Einzelne seine besonderen Anschauungen darüber hat. Es kommt vielmehr darauf an, dem Arzte und Studirenden klar zu machen, was bei unserer heute gültigen Rechtsanschauung unter freiem Willen gemeint ist und wie im einzelnen Falle die Frage nach der freien Willensbestimmung aufzufassen und zu beantworten ist.

Der zweite Theil des Buches bringt uns in klarer, knapper Weise eine gute Zusammenstellung der fast unzähligen Erscheinungen, welche aus einer Störung des Bewusstseins resultiren können. Einen besonderen Werth erhält die Besprechung dadurch, dass Verfasser fast in jedem einzelnen Falle durch praktische Beispiele klar macht, wie die einzelnen Störungen sich äussern und wie bei einem Conflicte mit dem Strafgesetzbuch zu verfahren ist. Wenn nun vielleicht in einzelnen Details eine grössere Genauigkeit erwünscht wäre, — wir vermissen bei Abhandlung der Epilepsie eine Schilderung des terminalen Schlafes und bei Besprechung des Alcoholismus eine kurze Skizze des pathologischen Rausches —, so wird doch das Buch beim praktischen Arzte bald beliebt werden, um sich rasch und sicher über die in das weite Gebiet der Bewusstseinsstörungen fallenden Fragen zu orientiren und zu belehren. Die Ausstattung des Buches ist eine gute. A. Cramer.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. März 1890.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **M. Wolff** berichtet über Versuche, die er gemeinschaftlich mit James Israël zur Erforschung der **Actinomycose** angestellt hat. Dieselben bezogen sich auf die Herstellung von Reincultureu einerseits und zweitens auf die Impfbarkeit auf Thiere, beides bisher ungelöste Probleme. Es wurde von einem Falle von Actinomycose, der am 18. December 1889 zur Beobachtung kam, sofort nach Entleerung des geschlossenen Sackes unter allen Cautelen auf Agar und auf Eier geimpft. Die Agarröhrchen wurden nach bekannter Methode sauerstofffrei gemacht (durch Pyrogallussäure). Aber die Actinomyceten sind nicht streng anaërobisch; sie wachsen auch auf Eiern, wo bekanntlich eine Diffusion von Sauerstoff existirt, allerdings nicht so gut, wie auf Agar. Hier entwickelten sich rasch kleine hirsekorn- bis linsengrosse Knötchen, welche zuerst Thautropfenähnlich hyalin waren, dann opak wurden und die Oberfläche überzogen. Darin fanden sich zahlreiche Stäbchen mit knopfförmigem Ende.

Auf den Eiern, die mit Durchbohrung der Schale geimpft wurden, worauf die Oeffnung mit einer Wachsmasse verschlossen wurde, waren die Verhältnisse wesentlich anders. Hier wuchsen lange, korkzieher- und wellenförmige Fäden, die zu Netzen vereinigt waren und lebhaft an die Milzbrandbacillen erinnerten. Uebertrug man die kurzstäbigen Agarculturen auf Eier, so wuchsen lange Fäden und umgekehrt.

Mit beiden Culturarten gelang die Impfung auf Thiere. In der Bauchhöhle von drei Kaninchen fanden sich Tumoren von Erbsen- bis Haselnussgrösse, mit fibröser Kapsel, welche einen talgartigen, gelben Inhalt umschloss. Zerquetschte man sie, so zerfiel die Masse in die bekannten Pilzdrusen, und in den Drusen konnte man an der Peripherie die bekannten palissadenartigen und keulenförmigen Stäbchen erkennen.

Herr **Lassar** stellt einen Patienten vor, dessen Psoriasis einem neuen Mittel, dem **Aristol**, einer Thymol-Jodid-Verbindung, gewichen ist. Soweit die bisher gewonnenen, geringen Erfahrungen reichen, kann man sagen, dass das Mittel die Wirksamkeit des Chrysarobin und der Pyrogallus-Säure besitzt ohne ihre lästigen Nebenwirkungen.

Herr **Lublinsky** stellt einen Fall von **primärem Carcinom des Larynx** in dessen unterem Theile vor. Die Patientin ist seit Herbst in Behandlung wegen fistelnder Sprache. Damals fand sich im Pharynx nichts Bemerkenswerthes, keine Schmerzen, keine Drüsenschwellung, aber geringe Schwellung der rechten Cartilago arytaenoidea und der Plica ary-epiglottica und Stillstand des rechten Stimmbandes. In der Speiseröhre zeigt sich in Höhe des Ringknorpels ein geringes Hinderniss. Auf Jodkali nahmen die Schlingbeschwerden ab. Pat. wurde entlassen, aber sie kam bald wieder mit sehr viel stärkerer Dysphagie, so dass sie nur noch flüssige Nahrung geniessen konnte. Sie war sehr abgemagert, keine Drüsenschwellung. Jetzt ergab die Untersuchung eine Ausfüllung des rechten Sinus pyriformis und des Laryngealtheiles des rechten Pharynx mit einer blassen, rothen Masse, die geschwürig zerfallen war. Der Larynx selbst war bis auf die Stimmbandlähmung intact. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Epitheliom.

Die Entstehung eines Carcinoms an dieser Stelle gehört zu den grössten Seltenheiten. Lublinsky glaubt im Gegensatz zu den meisten Lehrbüchern, dass diese Gegend unmittelbar hinter dem Ringknorpel zu den Lieblingssitzen des Carcinoms gehört, wie das auch Eugen Fränkel meint.

Die Stimmbandlähmung ist wohl weniger auf eine Beschädigung des Nerv. recurrens, als auf ein Befallensein des Nerv. arytaenoideus posticus zu beziehen. Interessant ist, dass es zu einer Medianstellung des Stimmbandes schon in einem so frühen Stadium kam, dass die Geschwulst nicht zu sehen war. Das spricht dafür, dass der Tumor in den tiefen Schichten der Schlundwandung seinen Ursprung nahm und von da in den Muskel hineinwuchs. Interessant ist ferner die scheinbare Besserung durch Jodkali und dass die sogenannten classischen Symptome eines zerfallenen Carcinoms, Lymphdrüsenschwellung und Blutungen hier fehlten.

Herr **Virchow** legt einige graphische Tafeln über den **Gang der Diphtherie** in Berlin von 1883—88 vor. Allerdings war 1883 die Anzeigepflicht noch nicht genügend festgestellt. Daraus erklärt sich wohl, dass 1883 die Zahl der Todesfälle grösser ist, als in den folgenden Jahren, während die Krankheitsfälle weniger zahlreich sind; denn die Todesfälle sind aus den standesamtlichen Listen ausgezogen.

Die Zahl der Erkrankungen ist dauernd zurückgegangen und zwar sind die Zahlen von 1883 an folgende: 8628, 8915, 7710, 6410, 5857, 4108. Ebenso die Todesfälle (2655, 2446, 1816, 1535, 1304, 1018) sind um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Ob diese günstigen Verhältnisse auf die Besserung der hygienischen Verhältnisse Berlins oder auf den Gang der Epidemie zurückzuführen sind, steht dahin. Interessant ist die Vertheilung im Laufe des Jahres, welche sich mit einer ganz ungewöhnlichen Regelmässigkeit vollzieht: regelmässig fällt die grösste Zahl der Erkrankungen in die Zeit vom October bis Januar; so kamen 1883 in der Woche vom 14.—20. October 283 Fälle zur Meldung. Unser neues Kinderkrankenhaus darf also nicht für den Durchschnittswerth, sondern muss für derartige Häufung der Krankheitsfälle räumlich und mit Wartepersonal eingerichtet sein.

2) **Die Berliner Typhusepidemie von 1888.** Aus der Betrachtung der vom statistischen Amt der Stadt Berlin herausgegebenen Stadtkarte mit Eintragung der Krankheitsfälle ergibt sich, dass der Osten unserer Stadt wesentlich stärker betroffen war, als der Westen und dass auch der Stadttheil

links der Spree stark afficirt war. Die neueren Forschungen C. Fränkels, welche ergaben, dass unsere Wasserfilter für Typhusbacillen durchgängig sind, lassen die Idee einer Trinkwasserinfection wieder wahrscheinlicher erscheinen. Jedoch ist es ganz thöricht, wenn man die Canalisation als solche für die Epidemie verantwortlich macht; wenn es wahr wäre, dass die Typhusbacillen in den Röhren nisten und sich vermehren, dann hätten doch zu allererst die seit 20 Jahren angeschlossenen Stadttheile im Westen Berlins die Epidemie haben müssen und nicht die im Osten, die erst sehr kurze Zeit canalisirt sind.

Herr **Ewald: Ueber Enteroptose und Wanderniere.**

Glénard hat es unternommen, eine grosse Anzahl der Fälle, welche wir als dyspeptische Neurosen auffassen, auf wohlcharakterisirte, anatomische, palpable Läsionen zurückzuführen und zwar auf Aenderungen im Situs der Baucheingeweide. Dem Krankheitsbilde gehören an gestörte Magen- und gestörte Darmfunction (Appetitlosigkeit, Aufgetriebenheit des Bauches, Obstipation, Diarrhöen, Enteritis membranacea) und Allgemeinerscheinungen: Schwindel, Schwäche, Unlust, Kopfschmerzen, Schwere der Glieder, Abmagerung, Blässe der Haut u. s. w. Diese Zustände sind meist von langer Dauer, trotzen allen therapeutischen Bemühungen und werden zum Schaden der Kranken, soweit es — wie in der Mehrzahl — Frauen sind, auf gynäcologischem Wege erfolglos behandelt. Glénard fiel nun auf, dass bei den meisten dieser Kranken in der Regio epigastrica immer ein fühlbares Pulsiren der Aorta sich fand und ferner ein quer über die Wirbelsäule verlaufender Strang, den er als das contrahirte Colon transversum aussprach und zwar 1) weil bei Druck sich hier glucksende Geräusche hörbar machten, 2) weil der Schmerz in die rechte Weichengegend fortgeleitet wurde; 3) weil er bei Druck von rechts ein Fortrücken von Flüssigkeit unter glucksenden Geräuschen zu erkennen glaubte. Er bezeichnet dies Phänomen als boudin coecal.

Ursache der ganzen Erscheinungen soll nach Glénard ein Prolaps des Colon transversum sein, und zwar durch Lockerung des Bandapparates in der Gegend der Flexura colico-hepatica. Dadurch verläuft dann das Colon schräg (statt quer) von rechts unten nach links oben; es bildet sich eine Abknickung, es kommt zu einer Stauung der Fäcalien und der leer gewordene Theil des Colon contrahirt sich. Hand in Hand damit geht eine Lockerung der übrigen Mesenterien, das Mesenterium ilei fällt herunter, das Ligamentum gastro-colicum wird gezerrt, der Magen insultirt, kurz, es kommt zu einem Prolaps der gesammten Baucheingeweide, die er als Splanchnoptose bezeichnet; denn nicht nur die Därme, sondern auch Leber und Niere sollen niedersinken. Auf die »Nephroptose« legt er ganz besonderes Gewicht.

Soweit Glénard's Anschauungen. Ewald bestätigt aus eigenen Erfahrungen zunächst, dass derartige Enteroptosen vorkommen; sie sind aber weder so häufig wie Glénard es angibt (er will unter 1310 Kranken 404 Splanchnoptosen gesehen haben) noch sind die Symptome, die er angibt, charakteristisch. Die Pulsation der Aorta kann man an fettarmen Individuen sehr häufig finden; die »chorde colique transversale« ist das Pankreas, denn das Colon transversum ist nur palpabel, wenn das Colon descendens verschlossen ist. Dann ist nicht abzusehen, wie eine Knickung des Colon, selbst wenn sie vorhanden wäre, zu einer Stauung der Fäcalien führen sollte, die die vielen stärkeren Windungen des Dünndarmkanals anstandslos passiren.

(Fortsetzung in nächster Sitzung; s. u.)

Sitzung vom 19. März 1890.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Weyl** theilt mit, dass es ihm und Herrn Kitasato gelungen ist, aus den Reinculturen des Tetanusbacillus einen Körper darzustellen, der viel giftiger ist, als alle bisher dargestellten. Der Körper entsteht in den Culturen in kurzer Zeit in verhältnissmässig grosser Menge. Die Giftwirkung ist formidabel. Mit 0,0015—0,002 kann man Tetanus hervorbringen, aber nicht einen Tetanus, wie ihn bisher bekannte Stoffe produciren, sondern einen wirklichen Wundstarrkrampf. Die Wirkung tritt spät, erst nach 3, sogar 4 Tagen auf. Es treten anfangs keine klonischen Krämpfe auf, sondern es befällt ein eigenthümlicher Zustand der Starre plötzlich die Hinterextremitäten und erst sub finem vitae treten Zuckungen auf, wie bei Strychninvergiftung.

Herr Brieger hat denselben Stoff mit Herrn Prof. C. Fränkel ebenfalls entdeckt; er hat allerdings die Eigenthümlichkeit, dass er nicht acut wirkt, wie die Toxine, sondern erst nach längerer Dauer. Er gehört in dieselbe Categorie wie das Diphtheriegift; er ist in Wasser ziemlich leicht löslich, während die Gifte der Cholera, des Typhus und des Staphylococcus aureus sehr schwer oder gar nicht in Wasser löslich sind.

Herr A. Baginsky ist in seinen Untersuchungen über Darmkrankheiten auf einen ähnlichen Stoff gestossen, ebenfalls einen in Wasser löslichen, den Eiweissstoffen nahestehenden Körper, dessen Giftwirkung gleichfalls erst nach längerer Zeit zu Tage tritt.

Herr Weyl macht auf den schwerwiegenden Gegensatz aufmerksam, der zwischen den bisher als Krankheitserregern aufgefassten Toxinen und diesen neuen Körpern besteht, welche nach viel einfacheren Methoden gewonnen werden und viel giftiger sind.

Herr **Litten** stellt einen Patienten mit **Pneumocele** vor, welche durch Maschinenverletzung entstanden ist. Aus einem grossen Knochendefect neben dem Sternum wölbt sich bei Pressen eine Geschwulst hervor, die sich unter Schneeballknistern reponiren lässt und die die nur von Haut und Pleura bedeckte Lunge ist.

Die Lungenhernien sind meist, wenn sie erworben sind, Effecte von Schussverletzungen. Sie sind selten, auch die angeborenen, welche wohl meist durch den Druck des fötalen Ellenbogens hervorgerufen werden.

Herr **Ewald: Ueber Enteroptose und Wanderniere.** (Fortsetzung.)

Es sind im Augustahospital 100 Fälle von Ren mobilis von Herrn Kuttner gesammelt und statistisch bearbeitet worden.

Man kann folgende Eintheilung annehmen:

1) Bewegliche Nieren, welche am normalen Orte respiratorisch beweglich sind,

2) verlagerte, aber reponible Nieren,

3) verlagerte und am falschen Orte fixirte Nieren.

Untersuchen kann man in Rückenlage (J. Israël), Seitenlage und im Stehen.

Die Frage, ob die Niere in der Norm beweglich ist, hat J. Israel bejahend beantwortet. Aber sein Fall ist nicht beweisend. Dass respiratorische Bewegungen da sind, ist wohl unzweifelhaft, jedoch sind diese für die klinische Untersuchung nicht nachweisbar.

Unsere Statistik ergab als Patienten 94 Frauen, 6 Männer. Im Alter von 1—10 Jahren: 10 Patienten, 10—20 Jahren: 18 Patienten; dann häuften sich die Fälle, um im hohen Alter wieder abzusinken. Rechts fand sich Ren mobilis 60 mal, links 15 mal, doppelseitig 25 mal. Respiratorisch beweglich war die Niere 13 mal, dislocirt 32 mal, stark dislocirt 13 Fälle, fixirt 2 mal.

Ueber den behaupteten Zusammenhang zwischen Magenectasie und Wanderniere haben wir genaue Erhebungen angestellt. In 89 Fällen wurde der Magen durch das Doppelgebläse aufgebläht. In 10 Fällen war der Magen normal (8 mal rechts, 2 mal links Wanderniere), in 15 Fällen handelte es sich um Tiefstand des ganzen Magens und in 64 Fällen war thatsächlich eine Vergrösserung des Magens zu erweisen. Aber die Erhebungen ergaben, dass es sich hier in den meisten Fällen nicht um Magenektesie mit ihren klinischen Symptomen (der Dyspepsie, der Fermentation, der Gastralgie u. s. w.) handelte, sondern um die von Ewald sogenannte Megagastrie.

Daraus ergiebt sich, dass wenn Wanderniere und Magenvergrösserung zusammen auftreten, es sich nicht um Ursache und Wirkung, sondern um eine Coïncidenz handelt; 2) dass classische Magenerweiterung seltener mit Wanderniere vergesellschaftet ist, als man bisher annahm; 3) dass die Splanchnoptose vorkommt, aber nicht durchaus Wanderniere mit Prolaps der Eingeweide verbunden ist; 4) dass Glénard zu hoch griff, wenn er die Splanchnoptose in 30 Proc. der Fälle gesehen haben wollte, während wir nur 15 Proc. hatten.

Ob zuerst die Wanderniere auftritt und die Splanchnoptose veranlasst oder umgekehrt, ist nicht sicher.

Glénard's Therapie besteht in geeigneten Fällen in einer Bandage, sangle pelvienne, und ausserdem in medicamentös-

diätetischer Behandlung. Er legt besonders Werth auf die Desinfection des Darms durch grosse Dosen Mittelsalze.

Herr Virchow wundert sich, dass Ewald seine schon vor langer Zeit im 5. Bande seines Archivs über diesen Punkt niedergelegten Beobachtungen nicht kennt. Er hat dort die Veränderungen beschrieben, wie sie in dem Situs der Baucheingeweide ein Mal in Verbindung mit partieller Peritonitis und ein Mal in Verbindung mit Erkrankungen der Darmschleimhaut vorkommen. Diese Lageveränderungen sind enorm häufig, häufiger wie das normale Verhältniss. In der Mehrzahl handlet es sich um Senkung irgend welcher Theile, manchmal aber auch um bedeutende Hebungen, dass z. B. die Flexura lienalis über die Milz zu liegen kommt. Natürlicherweise muss ein jedes grobe Verhältniss dieser Art, wenn es mit einer Knickung verbunden ist, anomale Flexuren entstanden sind, zu einer Stauung des Darminhalts führen. Darum finden wir in solchen Fällen gerade an den Knickungsstellen Anhäufungen von Fäcalmassen, während daneben der Darm contrahirt ist. Das Colon transversum sinkt oft bis unter den Nabel und sogar in's kleine Becken, wodurch es zu einer V-förmigen oder parallel schenkligen Schlinge wird. In zweiter und dritter Linie sind es die Flexura iliaca und Flexura lienalis resp. hepatica, die solche Senkungen erleiden. Auch das Coecum kann stark verlagert sein.

Häufig finden sich in solchen Fällen Verwachsungen der Därme unter sich oder mit anderen Organen der Nachbarschaft. Daraus folgen natürlich allerlei Tractionen.

Die Frage, was das Primäre sei, eine Peritonitis oder eine Schleimhauterkrankung, ist sehr schwer zu entscheiden und so viel scheint fest zu stehen, dass sowohl eine Peritonitis, als auch eine Erkrankung der Mucosa (Dysenterie) das Primäre sein kann. Man kann, wenn man die Dysenterie studirt, deutlich sehen, dass der Process, der bekanntlich nicht continuirlich, sondern sprungweise die Schleimhaut befällt, gerade an den Stellen localisirt ist, wo abnorme Knickungen der Därme Stauung von Kothmassen und Gasen hervorbringen.

Herr Litten constatirt, dass die Glénard'schen Beobachtungen ganz alte Dinge sind, die noch in jüngster Zeit Lesshafft in Petersburg wieder zusammengestellt hat. Im Weiteren recapitulirt Litten seine bekannte Classification des Ren mobilis. Er hält die Beweglichkeit der Niere für durchaus physiologisch, und in der Mehrzahl der Fälle auch für durchaus klinisch nachweisbar. Er glaubt jetzt nicht mehr, dass Beweglichkeit der rechten Niere mit einer Magenerweiterung in causalem Zusammenhang steht, sondern schliesst sich der Ansicht von Quincke und Nothnagel an, dass es sich hier um eine einfache Coincidenz zweier Thatsachen handele.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Nachtrag zur Sitzung vom 11. März 1890.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

Herr **Kast** demonstrirt einen Fall von **diffuser Lymphangiectasie der äusseren Genitalien und ihrer Umgebung.** (Autorreferat.)

Der prägnante Fall betrifft eine 23jährige Arbeiterin, welche, ohne alle erbliche Belastung, als Kind zu Drüsenschwellungen mässigen Grades geneigt gewesen sein soll.

1886 zum ersten Male menstruirt. Menses seitdem regelmässig, ohne Beschwerden.

1887 bemerkte Patientin eine ohne besondere Veranlassung aufgetretene langsam zunehmende schmerzlose Schwellung ihrer äusseren Geschlechtstheile. Die Haut der in erster Linie betroffenen grossen Labien war nur wenig geröthet. Auffallend war der Patientin von vorneherein, dass längeres Gehen und Stehen u. dgl. die Schwellung steigerte, körperliche Ruhe sie zum gewöhnlichen Verschwinden brachte.

Eine acute Entzündung der Haut des rechten Oberschenkels führte sie Ende 1887 in das Alte allgemeine Krankenhaus, woselbst — nach Ausweis der Journale — während 2—3 Wochen eine »Erysipel-ähnliche Infiltration der Haut« mit lebhafter Schmerzhaftigkeit, glänzender Röthe und Spannung derselben, bei Temperaturen von 38—39° beobachtet wurde. Der vorwiegend an der medialen Fläche des Oberschenkels localisirte Process erstreckte sich »mit inselförmigen Ausläufern« auch nach dem Unterschenkel zu bis gegen die Fussgelenksgegend.

Nach 12 Tagen abgefiebert, verliess Patientin das Alte allgemeine Krankenhaus bei befriedigendem Allgemeinbefinden.

In der Folge stellten sich jedoch zwei Erscheinungen ein, welche das Krankheitsbild weniger günstig gestalteten. Zunächst dehnte sich bei stärkeren Muskelanstrengungen jetzt die Anschwellung nicht nur auf den Mons veneris, sondern auch auf den rechten, später auch auf den linken Oberschenkel aus, deren Umfangszunahme sehr auffällig geworden sein soll.

Vor Allem aber wurde die Patientin durch einen stark nässenden Ausfluss »aus« den Genitalien, von eigenthümlich wässeriger Beschaffenheit, belästigt. Der Fluss dauerte jeweils höchstens einige Tage lang, und wurde sie gerade dadurch veranlasst, mehrfach Bettruhe einzuhalten. Unter dieser sistirte der Ausfluss sehr bald und die Geschwulst nahm ab, ohne jedoch, wie früher, völlig zu verschwinden. Mitte August 1888 in ein anderes Krankenhaus aufgenommen, wurde sie dort einer antisyphilitischen Behandlung (Schmiercur) unterworfen — ohne irgendwelchen Erfolg.

Doch hob sich ihr Allgemeinbefinden in den nächsten Monaten, es bestand kein Ausfluss, die Geschwulst blieb in mässigem Grade stationär.

Die Nothwendigkeit, ihren durch einen apoplektischen Anfall hülflos gewordenen Vater zu pflegen, legte der Patientin grosse körperliche Anstrengungen auf, bei welchen die Geschwulst der Genitalien und Schenkel in erheblichem Maasse sich steigerte und denen gegenüber auch ihr allgemeiner Kräftezustand sich als unzureichend erwies.

Bei der Anfang Januar d. J. aus diesem Grunde erfolgten Aufnahme auf die Abtheilung des Vortragenden wurde bei der sehr anämischen und gracil gebauten Patientin örtlich ziemlich genau derselbe Befund erhoben, wie er sich jetzt noch demonstriren lässt:

Die beiden grossen Labien, insbesondere die linke, zeigen sich erheblich vergrössert und geschwollen. Die linke Labie ist auf das Doppelte ihres Volums so erheblich geschwollen, dass es zwischen ihr und der medialen Oberschenkelfläche zu einer förmlichen Faltenbildung gekommen ist. Die Geschwulst fühlt sich prall elastisch, aber keineswegs derb an, vielmehr ist der Widerstand bei der Palpation ein mehr weicher, etwa wie bei der Berührung eines zarten Fettpolsters.

Dieselbe Schwellung und diffuse Volumszunahme zeigt der sehr stark gewölbte Mons veneris, sowie die mediale Parthie und die Vorderfläche des linken Oberschenkels. Allenthalben bietet das Gewebe das erwähnte weich-elastische Gefühl.

Der Hautüberzug — selbst über der am meisten geschwollenen linken Labie — nicht geröthet, nirgends warm anzufühlen. An keiner der geschwollenen Parthien irgend welche Spur von spontaner oder Druckempfindlichkeit.

Die ganze Oberfläche der Labien, besonders der linken, dicht besäet mit einer Anzahl stecknadelkopf- bis linsengrosser Bläschen, deren klarer Inhalt durch die dünne Wandung deutlich durchscheint. Ein schwacher Druck auf das unterliegende Gewebe bringt die Bläschen zu praller Füllung, derart, dass ihr Volum um das Doppelte zunimmt und ihre Wandung sich prall anspannt. Wird eines der Bläschen angeritzt, so ergiesst sich in continuirlichem Strome eine reichliche Menge klarer Flüssigkeit. Dieselbe hat deutlich alkalische Reaction, gerinnt vollkommen beim Kochen.

Bewegungen des Beines vermehren den Flüssigkeitserguss in ausgesprochener Weise. Ruhe bringt ihn bald zum Verschwinden.

Die Leistendrüsen sehr klein, die übrigen Lymphdrüsen allenthalben kaum fühlbar.

Der übrige Befund durchweg negativ, speciell Herz und Lungen ohne Anomalie. Die Beckenorgane völlig normal. Harn normal.

Während des Aufenthaltes der Kranken im Krankenhause zeigte der beschriebene Status wenig Veränderungen. Kurze Zeit, nachdem die Patientin viel herum gegangen war, bestand ein reichlicher Fluss, der nach einigen Tagen der Ruhe ohne weitere örtliche Behandlung zurückging.

Jetzt ist das Befinden der Patientin bei stationärem localem Befunde ein befriedigendes, das Körpergewicht in Zunahme.

Die Frage, ob der vorliegende Krankheitsprocess als das Product einer örtlichen Lymphgefäss-Neubildung oder als die Folge einer Stauung durch Verlegung central gelegener grösserer Lymphstämme im Becken anzusehen sei, will der Vortragende

nicht bindend entscheiden. Die wenigen bisher zu anatomischer Untersuchung gekommenen Fälle (cf. Petters-Klebs, zum Theil auch zur Nieden) ergaben keine unzweideutigen Befunde. A priori machen es dem Vortragenden die zahlreichen Erfahrungen über die Promptheit, mit welcher nach der Verlegung von Lymphbahnen grössten Kalibers die collateralen Bahnen ihren Inhalt aufnehmen, im hohen Masse unwahrscheinlich, dass bei der Patientin ein Stauungsprocess vorliegt und neigt derselbe eher zur Annahme der »localen Neoplasie« im Sinne Wegner's.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

III. Sitzung am 4. Februar 1890.

Prof. Dr. **R. Hartig: Ueber die Folgen der Baumringelung.**

Dr. **F. Moritz: Studien über den Phloridzindiabetes.** (Aus dem physiologischen Institut in München.)

Der Vortragende berichtet über Stoffwechselversuche beim Phloridzindiabetes[1]), welche er auf Anregung von Prof. v. Voit in Gemeinschaft mit Dr. W. Prausnitz, Assistent am physiologischen Institut, angestellt hat. Die Untersuchungen beziehen sich hauptsächlich auf das Verhalten der Zuckerausscheidung und den Gang der Eiweisszersetzung unter verschiedenen Ernährungsbedingungen. Ihre ausführliche Publication erfolgt demnächst in der Zeitschrift für Biologie.

IV. Sitzung am 25. Februar 1890.

Hofrath Dr. **v. Liebig: Ueber die Ausathmung von Kohlensäure unter dem erhöhten Luftdruck.**

Prof. Dr. **Erwin Voit: Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Eiweisszersetzung.**

Stabsarzt Dr. **H. Buchner: Ueber Hemmung der Milzbrandinfection.** Zweite Mittheilung.

In meiner ersten Mittheilung hatte ich konstatirt, dass Injection sterilisirter Emulsionen des Kapselbacillus von Friedländer im Stande ist, auf die gleichzeitige Milzbrandinjection einen hemmenden Einfluss zu üben, der sich entweder in Hinauszögerung der Todeszeit oder sogar in völliger Heilung der Infection äussert.

Die unterdess gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Knüppel fortgeführten Untersuchungen haben dieses Resultat vollkommen bestätigt. In 7 einzelnen Versuchen wurden im Ganzen 29 frisch angekaufte Kaninchen verwendet. Jedes dieser Thiere erhielt Milzbrandbacillen subcutan injicirt; 8 derselben dienten zur Controlle bei den jeweiligen Versuchen, um die Wirksamkeit der Milzbrandinjection festzustellen. Alle diese 8 Controllthiere erlagen innerhalb 48 Stunden an regelrechtem Milzbrand (Mortalität = 100 Proc.) Die Injectionen waren somit als hochgradig virulent erwiesen.

Die 21 übrigen Thiere, welche genau gleichviel Milzbrandflüssigkeit injicirt erhalten hatten, wie die jeweiligen Controllthiere, wurden vom Beginn der Anthraxinoculation ab mit Einspritzung von sterilen Culturen des Friedländer'schen Kapselbacillus behandelt, entweder local, rings um die Milzbrandinoculation, oder fern davon, an einer ganz anderen Körperstelle. In letzterem Falle war die eingespritzte sterile Emulsion von Kapselbacillen stark mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, und wurde mehrmals, an aufeinanderfolgenden Tagen injicirt. In allen diesen 21 Fällen war positives Resultat, war Hemmung der Milzbrandinfection vorhanden. Bei zehn Fällen äusserte sich dieselbe in blosser Hinausschiebung des Todes an Milzbrand um 1—4 Tage; in 11 Fällen dagegen erfolgte vollkommen dauernde Heilung (52,4 Proc.).[2])

Worauf beruht nun die Hemmungswirkung der sterilen Cultur? Da eine directe antiseptische Wirkung auf Milzbrandbacillen, wenigstens bei der stark verdünnten Emulsion ausgeschlossen ist, bleibt nur die indirecte reactive Wirkung; diese ist offenbar verknüpft mit der, durch Einspritzung der Emulsion hervorgerufenen localen reactiven Eiterbildung. Durch welche chemischen oder histologischen Veränderungen letztere auf Bacterien wirkt, ist allerdings bis jetzt im Einzelnen nicht festgestellt. Entweder handelt es sich dabei um gelöste bacterienfeindliche Stoffe. Die Existenz derartiger Stoffe im Blutserum wurde durch gemeinschaftlich mit Fr. Voit, Sittmann, Orthenberger ausgeführte und hier mitgetheilte Untersuchungen erwiesen, und vielleicht kommt eine Steigerung dieser Wirkungen zu Stande. Oder es handelt sich um Wirkungen der zelligen Elemente, der massenhaft zuwandernden Leukocyten.

Gleichviel indess, was die weiteren Forschungen über den entzündlichen Process und seine Beziehung zu den Bacterien ergeben mögen, sicher ist, dass diese Beziehung, wenigstens bei den Milzbrandbacterien nur als eine hemmende angesehen werden kann. Vollständiger Zerfall der Milzbrandbacillen in entzündetem Lungengewebe von Kaninchen habe ich schon früher in gemeinschaftlich mit Schickhardt ausgeführten, hier mitgetheilten Untersuchungen nachgewiesen und ich habe den Schluss abgeleitet, dass die Entzündung als Ursache der Degeneration zu betrachten sei. Das Gleiche trifft auch hier zu; die sterile Emulsion würde demnach durch in ihr enthaltene phlogogene Substanzen wirken.

Dies gilt indess nur für einen Theil unserer Fälle, diejenigen, bei denen die Emulsion nach Pawlowsky's Vorgang rings um die Milzbrandinoculation und dicht bei dieser injicirt wurde, so dass die Infiltration des Gewebes mit Eiterkörperchen direct auf die injicirten Milzbrandbacillen wirken konnte. Bei den späteren Versuchen haben wir diesen Modus verlassen und die Injection der gleichzeitig stark verdünnten Emulsion stets an einer von der Milzbrandinoculation weit entfernten Körperstelle vorgenommen. Die Hemmung ist hier mindestens so ausgesprochen wie bei localer Injection, aber sie kann nur durch Vermittelung des Gesammtorganismus zu Stande kommen; sie beruht auf einer allgemeinen Wirkung.

Bei Injection von steriler Emulsion von Kapselbacillen unter die Haut von intacten Kaninchen steigt binnen zwei Stunden die Temperatur um etwa 2° und kann längere Zeit, z. B. einen Tag lang, je nach der eingespritzten Menge, auf dieser Höhe bleiben. Genauere Angaben hierüber zu machen, lohnt sich nicht, weil die Eigenwärme von Kaninchen vielen ganz unregelmässigen Schwankungen unterworfen ist. Doch schien es mir in hohem Grade wichtig, zu ermitteln, ob in der That eine sterile Cultur Fieber zu erzeugen vermag. Fieber mit allen Symptomen kennen wir eigentlich nur beim Menschen, bei diesem musste daher das Experiment gemacht werden, und so habe ich denn, da beim Kranken der Versuch zunächst nicht zulässig erschien, mich entschlossen, denselben an mir selbst auszuführen. Ich konnte das thun, weil es sich nur um die Wirkung chemischer Stoffe handelt, deren Einfluss, im Gegensatz zu den vermehrungsfähigen Infectionserregern, ein zeitlich begrenzter und nach Maassgabe der Wiederausscheidung vorübergehender ist. Durch meinen Assistenten liess ich mir unter genauester Asepsis 0,5 cc stark verdünnter steriler Emulsion von Kapselbacillen unter die Haut des linken Vorderarms injiciren, nachdem vorher festgestellt war, dass die 500fache Menge, pro Kilo berechnet, beim Kaninchen keine bemerkbaren localen Reizwirkungen, also auch keine Eiterinfiltration hervorruft. Die Wirkung war trotzdem, entsprechend der ungemein viel grösseren Reactionsfähigkeit des menschlichen Organismus, eine relativ starke. 1½ Stunden

[1]) Die Eigenschaft des Phloridzins Glykosurie zu erzeugen wurde bekanntlich von Prof. v. Mering entdeckt, der über seine diesbezüglichen Untersuchungen bereits mehrfach Mittheilung gemacht hat. (Verhandl. des V. u. VI. Congresses für innere Medicin in Wiesbaden; Zeitschr. f. klin. Medic. XIV, pag. 405).

[2]) Die Heilung wurde nach 3wöchentlicher Beobachtung constatirt. Die Kaninchen leiden nicht merkbar unter den sterilen Emulsionen, wenn diese in gehöriger Verdünnung und abwechselnd an verschiedenen Stellen gemacht werden, sie behalten ihre Fresslust und verlieren nur wenig an Gewicht. Auch scheint es für den Erfolg gleichgültig zu sein, wenn mit der Behandlung nicht sofort im Augenblick der Milzbrandinoculation, sondern erst nach 18 Stunden begonnen wird. Die verwendeten Kapselbacillen waren in der Regel auf Kartoffeln bei niederer Temperatur herangezüchtet. Die Sterilisirung derselben geschah durch 1stündiges Erwärmen bei 60° C.

nach der, um 3 Uhr Nachmittags vorgenommenen Injection, entstand Schmerzhaftigkeit entlang der Lymphbahnen und in der betreffenden Achselhöhe, $^1/_2$ Stunde darauf entschiedenes Frostgefühl, das unter gleichzeitigem Steigen der Körpertemperatur in Hitzgefühl überging mit eingenommenem Kopf. Das Maximum der Wärmesteigerung um 8 Uhr Abends, 5 Stunden nach der Injection, betrug 38,6° C. in der Achselhöhle, Pulsfrequenz 108. Nachts unruhiger Schlaf und Schweiss. Am folgenden Tag vollkommene erysipelartige Schwellung und Röthung der Haut an der Injectionsstelle in mehr als Handtellergrösse; deutliche Röthung entlang der Lymphbahnen des Armes. Messbare Temperaturerhöhung war nicht mehr vorhanden, aber leichtes Fiebergefühl und vermehrte Uratausscheidung. Am dritten Tag waren alle Symptome, namentlich auch die Localreaction vollkommen zurückgegangen, und ich fühlte mich wieder gesund.

Durch die sterile Emulsion war somit ein erysipelartiger Process erzeugt worden, mit Lymphangitis und Fieber. Klinisch betrachtet war das, was sich darbot, zweifellos Erysipel, es war zweifellos Lymphangitis und zweifellos Fieber mit allen seinen Symptomen. Trotzdem ist es kein Erysipel und kein Fieber im eigentlichen, d. h. im ätiologischen Sinne; denn es fehlt der wirksame Infectionserreger, es fehlt daher die Fähigkeit der Ausbreitung und Zunahme, es mangelt der Charakter der Gefahr, der den infectiösen Processen eigen ist. Dieses »aseptische Erysipel« und »aseptische Fieber«, sowie die »aseptische Lymphangitis« sind hervorgerufen durch chemische Stoffe, welche die Bacterien nicht, wie gewöhnlich, erst im Innern des Körpers produciren, sondern die sie schon ausserhalb desselben, auf dem todten Substrat gebildet haben. Der Beweis, dass nicht die lebende Bacterienzelle als solche Entzündung und Fieber erzeugt, sondern dass sie dies durch gewisse Producte ihrer chemischen Thätigkeit bewerkstelligt, kann meines Erachtens nicht schärfer geführt werden.

Die sterilisirte Cultur des Kapselbacillus von Friedländer enthält ausser den phlogogenen Substanzen auch pyrogene, wobei es zunächst dahingestellt bleibt, ob beide identisch sind oder nicht. Was das für Stoffe seien, ist noch unbekannt. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, sie unter den Reihen der Amine zu suchen, deren höher constituirte wir als »Toxine«, namentlich durch Brieger bereits kennen. Von diesen eigentlich giftigen Aminen aber unterscheidet die pyrogenen Stoffe ihre wesentlich verschiedene physiologische Wirkung.

Da nun thatsächlich bei Einspritzung steriler Culturen aseptisches Fieber auftritt, so ist es am natürlichsten, die allgemeine Hemmungswirkung gegen Milzbrand mit der Fiebererzeugung in Zusammenhang zu bringen. Was für Veränderungen und Vorgänge hiemit im Einzelnen verbunden sind, wissen wir nicht; es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, hier Klarheit zu bringen.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottlieb Merkel.

1) Herr Dr. **Epstein** stellt eine 43jährige Frau mit **Pemphigus** der Mundschleimhaut und der Haut vor; vor 5 Monaten begann die Affection an der Schleimhaut der Wangen und am weichen Gaumen und griff auf Zunge und Lippen über. Erst seit 8 Wochen sind dann auch auf einzelnen Stellen der äusseren Haut, auf Brust, Rücken und um den Nabel grössere und kleinere, zum Theil confluirende Blasen entstanden. Bemerkenswerth ist, dass in diesem Falle, ähnlich wie in einem jüngst von Mosler (Deutsche med. W. 1890 Nr. 1) veröffentlichten, das Leiden der Mundschleimhaut längere Zeit allein bestanden hat und es erst nach Monaten zu einem Ausbruch auf der äusseren Haut gekommen ist.

2) Herr Dr. **W. Beckh** stellt einen Patienten vor, der bereits seit dem Jahre 1877 an **Lupus** meist der unteren Extremitäten litt und schon mehrfach in Wiener Krankenhäusern auf verschiedene Art (Aetzungen, Thermocauter, Ausschabung) ganz oder theilweise davon befreit worden war. Aber immer wieder kamen Recidive und am 15. XI. 1889 bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestanden an Arm und Knie, sowie am Halse, beginnend vor 3 Jahren, am Fusse, vor $1^1/_2$ Jahren, mächtige Wucherungen, besonders am rechten Fussrücken, vom äusseren Fussrand her auch die Sohle ergreifend. Die Wucherungen waren an einzelnen Stellen bis 3 cm hoch mit dicken, übelriechenden Krusten bedeckt, theils waren sie bröcklig, theils in eiterigem Zerfall, theils derb narbig, wulstig, bei der Berührung sehr schmerzhaft und leicht und stark blutend. In drei Sitzungen, am 22. XI., 6. und 21. XII., wurden sämmtliche Wucherungen mit dem scharfen Löffel und Paquelin entfernt und die frische Wunde sofort mit Perubalsam, auf Borlint gestrichen, bedeckt und aseptisch verbunden. Anfangs alle 2 Tage, dann alle 4—5 Tage frischer Verband. Jetzt sind sämmtliche kranke Stellen mit einer glatten Narbe bedeckt und Patient geht vollständig geheilt aus dem Krankenhaus. Tuberkelbacillen waren weder in den zerfallenden Lupuswucherungen, noch in dem spärlichen Sputum zu finden.

3) Discussion über die zur Zeit herrschende **Influenza-Epidemie.** Dieselbe wird von Herrn Dr. G. Merkel eingeleitet und behandelte die epidemiologischen Verhältnisse, die Symptome und klinischen Erfahrungen, sowie die Therapie der Influenza. Das Material, das bei dieser Discussion von den meisten Aerzten des Vereines aus ihrer Erfahrung zusammengetragen wurde, ist ein ungeheuer grosses und ausserordentlich anregendes, dürfte aber zu dem nunmehr über Influenza und deren Complicationen Bekanntem nichts Neues mehr hinzufügen, wesshalb eine ausführliche Mittheilung an dieser Stelle wohl umgangen werden kann.

(Schluss folgt.)

X. Internationaler medicinischer Congress

zu Berlin, 4.—9. August 1890.

Vorläufiges Programm.[1])

(Schluss.)

Abtheilung für Ohrenheilkunde. 1) Beziehungen der Micro-Organismen zu den Mittelohrerkrankungen und deren Complicationen. Referenten: Moos, Zaufal. 2) Cholesteatom des Ohres. Referenten: Kuhn, Bezold. 3) Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Referent: Hessler. 4) Nachbehandlung des aufgemeisselten Warzenfortsatzes. Referent: Kretschmann. 5) Indicationen betr. die Excision von Hammer und Amboss. Referent: Stacke. 6) Pathologische Anatomie des Labyrinthes. Referent: Steinbrügge. 7) Das Verhalten des Gehörorgans bei Krankheiten des Centralnervensystems, insbesondere bei Tabes dorsalis. Referent: Morpurgo. 8) Otitis interna infolge von hereditärer Syphilis. Referent: Wagenhäuser. 9) Statistik der wichtigsten Ohrenkrankheiten. Referenten: Bürkner, Jacobson. 10) Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit. Referenten: Magnus, Schwabach. 11) Diagnose, Prognose und Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit bei der chronischen, nicht eitrigen Otitis media. Referenten: Mc. Bride, Gradenigo. — Geschäftsführer: Prof. Lucae, Berlin W., Lützowplatz 9.

Abtheilung für Kinderheilkunde: Geschäftsführer Prof. Henoch, Berlin W., Bellevuestrasse 8.

Abtheilung für Dermatologie und Syphiligraphie. 1) Pathogenese der Pigmentirungen und Entfärbungen der Haut. 2) Diagnose, Prognose und Therapie der chronischen Gonorrhoe bei Mann und Weib. 3) Behandlung der Syphilis. I. Resultate a) der Excision, b) der präventiven allgemeinen Behandlung. II. Beginn, Dauer (chronische, intermittirende oder temporäre?) und sicherste Methode der Therapie der constitutionellen Syphilis. 4) Ueber die Behandlung der entzündlichen Hautkrankheiten. 5) Die speciellen Indicationen der verschiedenen Applicationsweisen des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung. 6) Auf welche ursächlichen Momente ist der Ausbruch tertiärer Formen der Syphilis zu beziehen? 7) Ueber die Rolle der Diathesen, der nervösen Krankheitsursachen und parasitären Krankheitserreger bei der als Ekzem bezeichneten Krankheitsgruppe. 8) Das Wesen der Arznei-Exantheme. 9) Der Lupus erythematodes, seine Natur und Behandlung. — Geschäftsführer: Dr. Lassar. Berlin NW., Karlstrasse 19.

[1]) Das Statut des Congresses sowie das Verzeichniss der Abtheilungen und ihrer Organisationsvorstände findet sich in Nr. 39, 1889 abgedruckt.

Abtheilung für Gerichtliche Medicin. 1) Sind die Gonococcen so sicher gestellt, dass ihr Auffinden in dem Scheidensecret eines Kindes mit Sicherheit auf Tripper bei dem angeblichen Stuprator zurückgeschlossen werden kann? 2) Ueber männliche Impotenz und die etwaigen Criterien, durch welche in foro auf sie geschlossen werden kann? 3) Kann durch Athmung in die Lungen gelangte Luft aus denselben bei Leichen entweichen, so dass die Lungen Neugeborner die Criterien solcher, die nicht geathmet haben, zeigen? 4) Können die durch passive Päderastie an dem Anus etwa erzeugten Veränderungen, bei Aufhören päderastischer Akte, wieder verschwinden und in wie langer Zeit nach dem päderastischen Akte? Referent: Liman. 5) Können durch Schultze'sche Schwingungen Lungen eines Neugeborenen, die noch nicht geathmet haben, die Criterien solcher, die Luft geathmet haben, erhalten? 6) Kann man, wenn man bei einer Person, die heimlich abortirt hat, Sepsis findet, den dringenden Verdacht oder die Gewissheit aussprechen, dass der Abortus provocirt war oder entsteht Sepsis auch nach spontanem Abortus? 7) Gibt es eine selbstständige »Moral insanity«, oder ist dieser Symptomencomplex Theilerscheinung anderweitiger Formen der Geistesstörung? 8) Ist die Mumification der Leiche ein Unterstützungsbeweis für Arsenikvergiftung, oder ist sie vollkommen bedeutungslos für dieselbe? 9) Die Bedeutung der Lebensproben. 10) Ueber den Einfluss der neueren Entwicklung der Infectionslehre auf die gerichtsärztliche Beurtheilung nach Körperverletzung eingetretener Todesfälle. 11) Die Bedeutung der Ptomaine für die gerichtliche Medicin. 12) Welche Stellung hat der Gerichtsarzt einzunehmen gegenüber der Frage von der Autoinfection bei Entbundenen? 13) Erfahrungen der Gerichtsärzte über die Erkennung der Simulation von Neurosen, insbesondere der traumatischen. 13) Gerichtsärztliche Erfahrungen über Entstehung und Bedeutung der Leichenstarre. Geschäftsführer: Prof. Liman, Berlin SW., Königgrätzerstrasse 46a.

Abtheilung für medicinische Geographie und Klimatologie. (Geschichte und Statistik.) 1) Ueber den Einfluss des tropischen Klimas auf Eingewanderte aus höheren Breiten, über das Verhalten derselben den in den Tropen herrschenden Krankheiten gegenüber und über die Möglichkeit der Acclimatisation von Europäern und Nordamerikanern in den Tropen. 2) Ueber den Einfluss der klimatischen Boden- und gesellschaftlichen Verhältnisse auf das Vorkommen und den Verlauf der Lungentuberculose (Lungenschwindsucht), mit besonderer Berücksichtigung der Krankheit in heissen Zonen. 3) Ueber die endemische und epidemische Verbreitung von Gelbfieber und über den Einfluss des Climas, Bodens und Verkehrs auf dieselbe. 4) Ueber Beriberi, vom Standpunkt der Aetiologie und Therapie beurtheilt. 5) Ueber Aussatz, mit specieller Berücksichtigung der Verbreitung desselben durch Vererbung und Contagion. 6) Ueber Malaria-Krankheiten mit specieller Berücksichtigung der geographischen Verbreitung der verschiedenen Formen derselben und der Frage, ob sämmtliche Formen einem und demselben, oder verschiedenen Krankheitsgiften ihre Entstehung verdanken. — Geschäftsführer: Prof. A. Hirsch, Berlin W., Potsdamerstrasse 113.

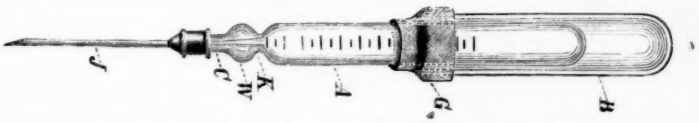
Abtheilung für Zahnheilkunde. 1) Die Betäubung mit Bromaethyl in der zahnärztlichen Praxis. 2) Veranlassung, Verlauf und Behandlung der Pyorrhoea alveolaris. 3) Ueber die Betheiligung der Microrganismen bei der Caries der Zähne. 4) Ueber Kronen- und Brücken-Arbeit (crown and bridge work). 5) Ueber die Bonnwill'sche Methode der Articulation bei künstlichen Zahnersatzstücken .— Geschäftsführer: Prof. Busch, Berlin NW., Alexanderufer 6.

Die Theilnehmer zahlen bei der Einschreibung einen Betrag von 20 Mark. Sie werden dafür je ein Exemplar der Verhandlungen erhalten, sobald dieselben erschienen sind. Die Einschreibung beginnt bei Beginn der Versammlung. Sie wird auch vorher geschehen können durch Einsendung des Betrages an den Schatzmeister[2]) unter Angabe des Namens, der Stellung und des Wohnortes.

Alle die Abtheilungen betreffenden Zuschriften wolle man an das betreffende geschäftsführende Mitglied, andere Mittheilungen an das Bureau des Generalsecretärs Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstr. 19 richten.

Verschiedenes.

(Eine Injectionsspritze für bacteriologische Zwecke.) Die wichtigste Anforderung die an eine Injectionsspritze für bacteriologische Zwecke gestellt werden muss, ist die Möglichkeit sicherer und schneller Sterilisirung. Dieser Anforderung entspricht die nachfolgend abgebildete, von Dr. E. Stroschein construirte, und in den »Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt« näher beschriebene Spritze in der denkbar vollkommensten Weise. Die Construction ist aus der Abbildung leicht ersichtlich. Ueber das graduirte, zur Aufnahme der zu injicirenden Flüssigkeit bestimmte Glasrohr A ist ein zweites, weiteres, an seinem oberen Ende kugelig zugeblasenes Glasrohr B gestülpt und durch ein kurzes Stück Kautschukschlauch mit demselben so verbunden, dass beide übereinander luftdicht verschoben werden können. Da Cylinder A an seiner oberen Wölbung eine Oeffnung besitzt, so wird das Zurückschieben von B über A einen luftverdünnten Raum im letzteren erzeugen, wodurch Flüssigkeit aufgesaugt werden kann, während Vorschieben die Luft in A comprimirt, die aufgesaugte Flüssigkeit somit wieder ausspritzt. Die Spritze ist, wie man sieht, äusserst einfach construirt, sie besteht, mit Ausnahme der metallenen Canüle J und dem Stückchen Gummirohr G, ganz aus Glas, ist also sehr leicht zu reinigen; sie ist ferner bequem zu handhaben und sehr billig. Die



Spritze ist bei Christ. Kob & Co. in Stützerbach in Thüringen in 3 Grössen à 1,0, 5,0 und 10,0 ccm für den Preis 1,50 — 2,50 M. zu haben.

Therapeutische Notizen.

(Eine antiseptische Verband-Paste.) Um an Körperstellen, wo antiseptische Verbände mit Binden schwer zu appliciren sind (z. B. Lippen), einen luftdicht schliessenden, festsitzenden Verband anzubringen, verwendet Socin (Journ. de méd. de Paris, 9. Febr.) folgende sehr elastische, der Haut sich fest anlegende Paste: Zinc. oxyd., Aqu. dest. āā 50,0, Zinc. chlorat. 5—6. Diese Paste ist in möglichst frischem Zustande anzuwenden. Am geeignetsten ist es, wenn man sie in demselben Momente, in welchem man sie braucht, zusammensetzt. — Die Application der Paste erfolgt nach gehöriger Desinfection der operirten Stelle und consecutiver sorgfältigster Abtrocknung des qu. Terrains. Mit einem Spatel oder einem Pinsel trägt man hierauf die nöthige Menge auf, indem man zugleich Sorge trägt, dass etwaige benachbarte Ostien (Nasenlöcher etc.) nicht verklebt werden. Die Paste trocknet nach einigen Minuten; während dieser Zeit thut man gut, derselben einige kleine Wattestückchen zu incorporiren, um das Ganze möglichst fester zu machen. — Schliesslich erhält man eine solide, sehr stark adhärirende Kruste, welche gegen Luft und Feuchtigkeit absolut fest schliesst. Unter dem so schützenden Verbande heilt die Wunde meist ohne Complication per primam intentionem zu. Der Verband bleibt gewöhnlich etwa 4—6 Tage liegen, hierauf löst man ihn sorgfältig ab, um die Wundnähte zu beseitigen. Alsdann nimmt man eine neue Bepinselung vor, nach deren Abnehmen die Wunde vollkommen geheilt ist. Im Ganzen sind hiefür etwa 5—6 Tage nöthig. Irgend welche reizenden Eigenschaften auf die Haut besitzt die Paste nicht; eczematöse Affectionen hat Verfasser niemals beobachtet. (Vgl. auch das Referat auf p. 223 d. Nr.)

(Die Bromäthyl-Narkose) wurde von Dr. Haffter-Frauenfeld (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte, 1890) seit October 1888 in über 200 Fällen mit sehr günstigem Erfolg ausgeführt. H. rühmt das Bromäthyl als ein äusserst werthvolles Anästheticum, das namentlich der praktische Arzt, wenn er sich einmal mit der richtigen Anwendungsweise vertraut gemacht hat, nie mehr ganz wird entbehren wollen. Seine Hauptvorzüge sind: Aeusserst rasche Wirkung; wahrscheinlich absolute Gefahrlosigkeit unterhalb einer gewissen Dosis; meist Fehlen des Excitationsstadiums; absolutes Wohlbefinden des Patienten nach der Narkose. Zur Erzielung einer raschen Analgesie, die bei noch erhaltenem oder eben dämmerndem Bewusstsein eintreten kann, ist das Gesammtquantum des Mittels (je nach Alter und Constitution des Patienten 5—20 *g*) auf einmal in die mit Impermeabel überzogene Maske aufzugiessen und letztere ganz dicht vor Mund und Nase zu halten. Als Kriterium für die eingetretene Narkose kann das Fallenlassen eines zu Beginn derselben ausgestreckten Armes verwendet werden; indess geht man selten fehl, wenn man nach 15—20 Secunden langer Einathmung den chirurgischen Eingriff ohne Weiteres vornimmt. Die Anästhesie ist dann eine sehr kurz dauernde und verschwindet wenige Secunden nach dem Wegnehmen der Maske; die Bromäthyl-Narkose in der beschriebenen Form eignet sich also nur für kurze chirurgische Eingriffe. Ein geringer Procentsatz von Menschen (vor Allem Potatoren) ist für Bromäthyl nicht in wünschbarer Weise zugänglich. Gegenindicationen gegen die Anwendung so kleiner Dosen Bromäthyl, wie sie für eine kurze Anästhesie nothwendig sind, gibt es vielleicht gar keine. Anwendung grösserer Mengen — wenn diese überhaupt nicht vorläufig besser gänzlich vermieden werden — ist contraindicirt bei Bronchialleiden, sowie bei Herzkranken.

(Ueber Massage des Abdomens bei habitueller Obstipation) äussert sich Prof. Nothnagel in einem klin. Vortrag (Wr. med. Pr. Nr. 12) folgendermassen: Die Massage des Abdomens stelle ich in den Vordergrund der ganzen Behandlung der chronischen Obstipation. Ich empfehle Ihnen dieselbe in der Weise vorzunehmen, dass Sie mit kurzen Klopf- und Stossbewegungen vom Coecum angefangen, entsprechend dem Verlaufe des Colon weiter gehen, bis Sie das ganze Colon massirt haben. Manche Aerzte empfehlen die Massage in umgekehrter Richtung. Ich glaube, dass das mechanische Moment, den Darminhalt nach aussen zu befördern, hier kaum in Betracht kommt, dass es sich hier vielmehr um die Anregung der Peristaltik durch die Massage des Darms handelt, und da ist es gleichgiltig, von welcher Seite die Procedur vorgenommen wird. Natürlich werden Sie die Massage noch durch andere Manipulationen, wie durch Reiben, Klatschen, Kneten u. s. w., befördern. Die Massage muss, wenn sie Erfolg haben soll, lange Zeit ausgeführt werden. Bei manchen Patienten pflegt die Obstipation schon bei 2—3wöchentlicher Behandlung zu weichen, aber das ist nicht die Regel. Stellen Sie sich vor, dass ein

[2]) Adresse: Dr. M. Bartels, Bureau des Hauses der Abgeordneten Berlin SW., Leipzigerstrasse 75. Es wird um Befügung einer Visiten-Karte gebeten.

Kranker oft seit 15 oder 20 Jahren an chronischer Obstipation leidet, dann werden Sie sich selbst sagen, dass man durch eine Behandlung von wenigen Wochen den Darm nicht beeinflussen kann. Das Zweite also, worauf ich Gewicht legen muss, weil davon oft allein der Erfolg abhängt, ist die Ausdauer von Seite des Arztes und des Kranken. Sie müssen den Kranken von vornherein auf die längere Dauer der Behandlung (oft 2—3 Monate) aufmerksam machen, weil er sonst dieselbe unterbricht. Es empfiehlt sich auch, den Leuten zu sagen, dass sie während des Stuhlabsetzens sich massiren. Die Massage lasse ich gewöhnlich noch durch andere Massnahmen unterstützen, nämlich durch die Faradisation des Abdomens, durch regelmässige Bewegung und durch Zimmergymnastik.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 25. März. Der XVIII. deutsche Aerztetag wird definitiv am 23. Juni in München stattfinden. Gegenstände der Tagesordnung sind: die ärztliche Prüfungsordnung, der Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches und Aenderung des Krankencassengesetzes, falls die erwartete Novelle zu diesem Gesetz bis dahin dem Reichstage zugegangen sein wird. Eine die endgültige Festsetzung der Tagesordnung, sowie die Mitwirkung des Aerztevereinsbundes am internationalen medicinischen Congress betreffende Sitzung des Geschäftsausschusses hat am 23. ds. in Berlin stattgefunden.

— Im preussischen Abgeordnetenhause befürwortete am 19. ds. bei Berathung des Cultusetats Abgeordneter Olzem die Errichtung ordentlicher Lehrstühle für das Studium der gerichtlichen Medicin. Der Regierungscommisär Geh. Rath Althoff erklärte, dass die Regierung die Errichtung von Ordinariaten für gerichtliche Medicin nicht für wünschenswerth halte; es bestehe die Gefahr, dass durch die Ausstattung aller Nebenfächer mit Ordinarien die Hauptfächer leiden; das Streben gehe nicht nach einer Erweiterung der Studien, sondern nach Concentration derselben. Dagegen werde die Regierung für eine bessere Ausstattung der Arbeitsräume für gerichtliche Medicin Sorge tragen.

— Für den internationalen Congress hat die Berliner Stadtverordnetenversammlung am 13. ds. Mts. die Summe von 100,000 M. bewilligt, und zwar in der Form, dass eine gemischte Deputation von 10 Stadtverordneten und 5 Magistratsmitgliedern eingesetzt wurde, welche ermächtigt ist, alle Seitens der Stadt Berlin zu treffenden Vorbereitungen und Veranstaltungen für den Congress zu treffen und zur Bestreitung der Kosten selbstständig bis zur Summe von 100,000 M. zu verfügen.

— In den Tagen des internationalen medicinischen Congresses vom 4.—6. August d. J. wird in Berlin auch ein internationaler Delegirtentag der Vereine für Feuerbestattung abgehalten werden, auf welchem zur Erörterung gelangen sollen die hygienische Seite der Feuerbestattung und die Frage, welche Mittel zur Anwendung zu gelangen hätten, um in verschiedenen Ländern die facultative Leichenverbrennung durchzuführen.

— Der Vorstand der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte hat am 16. ds. in Berlin eine Sitzung abgehalten, um wegen der Vorbereitungen für die nächste Versammlung in Bremen zu berathen.

— Zum Director des neuen Kinderkrankenhauses im Norden von Berlin ist Privatdocent Dr. Adolf Baginsky bestellt worden.

— Als Herausgeber der »Fortschritte der Medicin« tritt vom 1. April an Stelle von Prof. Unverricht in Dorpat Prof. Curschmann in Leipzig.

— Dr. Friedrich Rückert, bisher 1. Assistent der ophthalmologischen Klinik in Erlangen, wurde zum Director der Kreis-Augenheilanstalt in Zittau ernannt.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 10. Jahreswoche, vom 1.—8. März 1890, die geringste Sterblichkeit Barmen mit 16,6, die grösste Sterblichkeit Metz mit 46,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Die nächste Jahresversammlung der British medical Association wird vom 29. Juli bis 1. August d. J. in Birmingham abgehalten werden. Als Redner für die allgemeinen Versammlungen sind angemeldet aus dem Gebiete der inneren Medicin Walter Forster, der Chirurgie Lawson Tait, der Therapie Broadbent.

— Einer officiellen Mittheilung der italienischen Regierung zufolge existirt eine epidemische Krankheit »Nona«, von deren Auftreten Tagesblätter berichteten, nicht. Die Erkrankungen, die zu den irrthümlichen Gerüchten Anlass gaben, waren 3 Fälle von Coma und Delirium im Anschluss an Typhus und ein Fall von Influenza.

— Vom 1. April d. J. an erscheint im Verlag von Moritz Perles in Wien ein neues, wesentlich referirendes, medicinisches Organ, «Oesterreichisch-ungarisches Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften«.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Prof. Dr. E. Rose feierte am 19. März sein 25jähriges Docentenjubiläum. — Giessen. Die medicinische Facultät der hiesigen Universität hat dem Director des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Geh. Reg.-Rath Köhler, die Würde eines Doctor medicinae honoris causa verliehen. — Halle. Prof. Bramann, 1. Assistent der chirurgischen Klinik des Geh. Rath v. Bergmann in Berlin, hat einen Ruf als ordentl. Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik angenommen. — Heidelberg. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Becker wurde der Professor der Augenheilkunde in Göttingen, Geh. Med.-Rath Dr. Theodor Leber berufen; derselbe hat den Ruf angenommen; an 2. Stelle war Sattler-Prag, an 3. Stelle Eversbusch-Erlangen vorgeschlagen. Prof. Vierordt, Vorstand der medicinischen Poliklinik in Jena, hat einen Ruf hierher als Nachfolger v Dusch's angenommen. — Königsberg. Dem ordentl. Professor der Chirurgie Dr. Joh. Miculicz wurde der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen.

Helsingfors. Der Docent Dr. G. Heinricius ist zum ordentl. Professor der Geburtshilfe und Kinderheilkunde ernannt worden. Dr. Clopatt hat sich als Docent für Kinderheilkunde, Dr. Sucksdorff für Hygiene habilitirt. — Kasan. Die Professoren J. M. Gwosdew (Gerichtliche Medicin), N. O. Kowalewski (Physiologie) und N. F. Wyssozki (Chirurgische Pathologie) sind nach Ausdienung der 25jährigen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienste belassen worden. — London. Zum Professor der Physiologie an King's College wurde an Stelle des Prof. Gerald Yeo, dessen Rücktritt kürzlich gemeldet wurde, Dr. W. D. Halliburton erwählt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung. Dr. O. Stadler in Reichling am Lech.

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arzt Joseph Deichstetter vom 3. Feld-Art.-Reg. zum Unterarzt im 1. Feld-Art.-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Befördert. Der Unterarzt Theodor Albert des 1. Chev.-Reg. zum Assistenzarzt II. Cl. dortselbst.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 11. Jahreswoche vom 9. bis 15. März 1890.

Betheil. Aerzte 296. — Brechdurchfall 16 (6*), Diphtherie, Croup 60 (59), Erysipelas 10 (8), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (4), Kindbettfieber — (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 134 (139), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (7), Parotitis epidemica 1 (2), Pneumonia crouposa 39 (37), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 25 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (11), Tussis convulsiva 26 (27), Typhus abdominalis 1 (3), Varicellen 30 (18), Variola, Variolois — (—). Summa 364 (350). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

(Bericht über die 11. Jahreswoche ist uns nicht zugegangen.)

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Pins, Therapeutische Wirkung des Mineralmoors und dessen Surrogate. Wien 1890.

Dor, Des Injections intratrachéales d'huile créosotée chez les Tuberculeux. S.-A. Rev. de Med.

Haffter, Die Bromaethylnarkose. S.-A. Corr. f. Schw. Aerzte, 1890.

Prudden, Bacterial Studies on the Influenza and its complicating pneumonia. S.-A. Med. Rec. 1890.

Cullerre, Dr. A., Die Grenzen des Irreseins. In's Deutsche übertragen von Dr. med. Otto Dornblüth. Hamburg 1890. 5 M.

Virchow, Rud., Ueber Nahrungs- und Genussmittel. 3. verb. Auflage. Hamburg 1890. 80 Pf.

Caspar, Dr. Lp., Impotentia et Sterilitas virilis. München 1890. 5 M.

Eiselsberg, Dr. Ant. Frhr. v. Ueber Tetanie im Anschluss an Kropf-Operationen. Wien 1890. 40 Pf.

Gutzmann, Dr. med. Herm. Die Verhütung und Bekämpfung des Stotterns in der Schule. Leipzig 1889. 1 M.

Habart, Dr. Joh. Die Geschossfrage der Gegenwart. Wien 1890. 3 M.

Hirschberg, Dr. J. Aegypten. Geschichtliche Studien eines Augenarztes. Leipzig 1890. 3 M.

Der Kinderarzt. Zeitschrift für Kinderheilkunde. I. Jahrg., H. 1., p. cplt. Neuwied und Berlin 1890. 6 M.

Landesmann, Dr. Ernst. Die Therapie an den Wiener Kliniken. Wien 1890. 7 M.

Neura. Handbuch der Medicin für Aerzte und gebildete Nichtärzte. Bd. I. Lfg. 19. München.

Salzer, Dr. Fritz. Ueber Einheilung von Fremdkörpern. Wien, 1890. 2 M.

Semmola, Dr. Mariano. Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische Therapie. Wien 1890. 8 M.

Stilling, Dr. J. Pseudo-isochromatische Tafeln für die Prüfung des Farbensinnes. Leipzig 1889. 8 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.